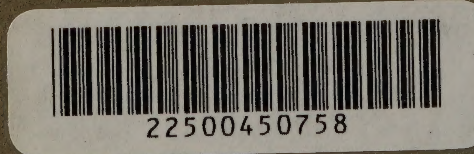
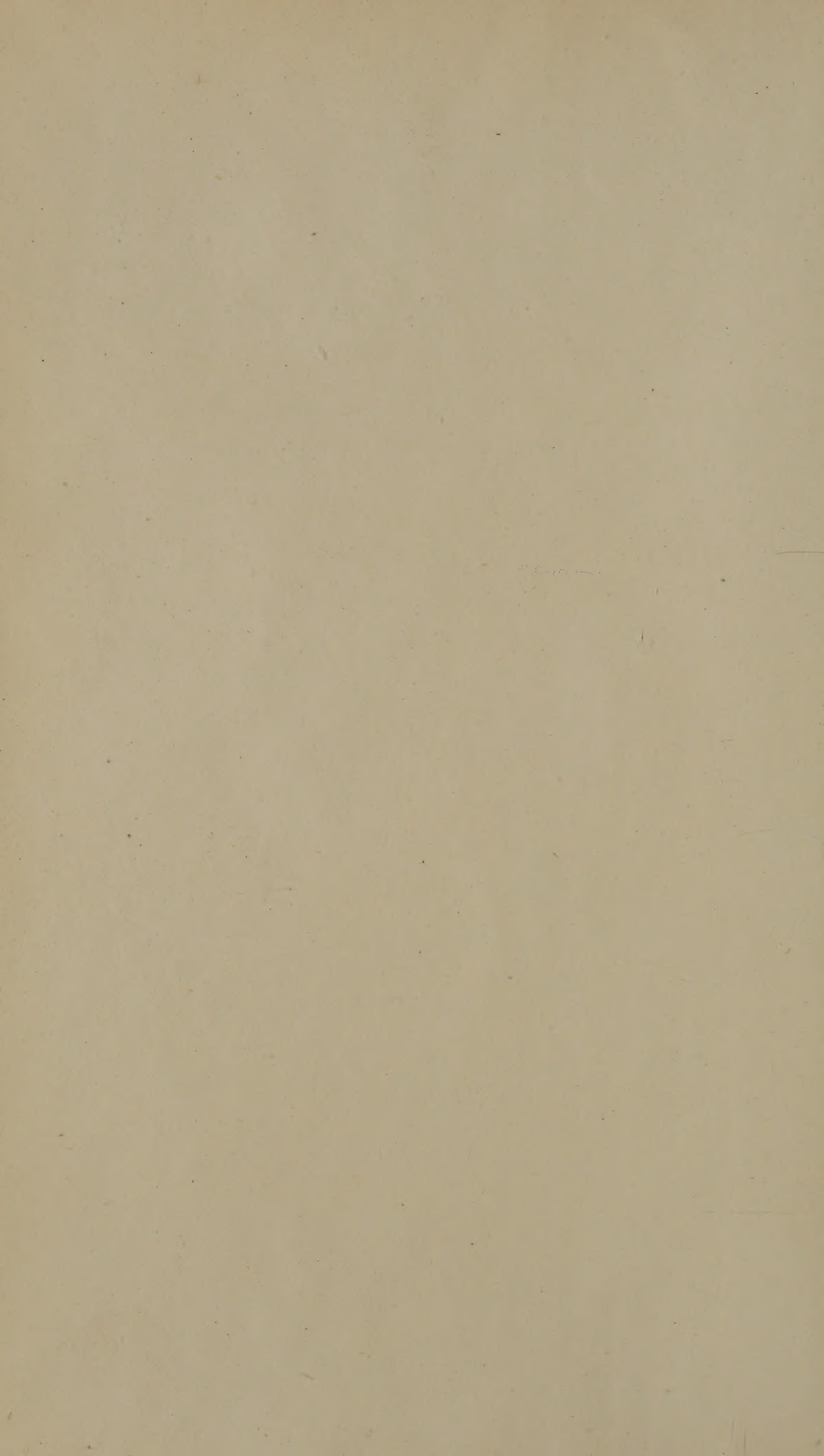

81.









REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

RECUEIL TRIMESTRIEL
ANALYTIQUE, CRITIQUE ET BIBLIOGRAPHIQUE

DIRIGÉ PAR

GEORGES HAYEM
Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine,
Membre de l'Académie de Médecine.

VINGT-QUATRIÈME ANNÉE

TOME XLVII

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1896



SOMMAIRE DU N° 1

TOME XLVII

ANATOMIE.

PHYSIOLOGIE.

CHIMIE MÉDICALE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

THÉRAPEUTIQUE.

HYGIÈNE.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

MALADIES DES ENFANTS.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

OPHTALMOLOGIE.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.



ANATOMIE.

Étude sur l'embryologie des cheiroptères (suite), par Mathias DUVAL (*Journal de l'anat. et de la physiol., septembre-octobre 1895*).

Après avoir étudié, dans un précédent mémoire (*R. S. M.*, XLVI, p. 7), la segmentation de l'œuf et la formation des deux feuillets primaires, l'auteur passe à l'examen des processus qui président à l'apparition de l'amnios et la fixation de l'œuf.

L'amnios, chez le murin, prend naissance d'une manière singulière. Il se forme d'abord un épaississement massif de l'ectoderme, et ce processus rappelle la masse amniotique du cochon d'Inde; mais au lieu que cette masse se creuse purement et simplement, comme chez ce rongeur, d'une cavité centrale close de tous côtés, elle se disloque irrégulièrement dans ses couches superficielles, et s'ouvre ainsi à la surface de l'œuf, figurant une bourse largement étalée, dont les bords se relèvent alors selon le type classique de replis amniotiques et produisent finalement l'occlusion de la cavité amniotique par leur rapprochement et soudure.

La fixation de l'œuf sur le terrain maternel s'accomplit d'une façon très analogue à ce que l'auteur a décrit dans ses mémoires antérieurs, chez les rongeurs et les carnassiers; l'ectoderme s'applique étroitement à la surface de la muqueuse utérine, dont l'épithélium disparaît entièrement; puis l'ectoderme commence à pénétrer par petites poussées, dans le tissu de cette muqueuse, pour envelopper ses capillaires, dont les cellules endothéliales s'hypertrophient considérablement, au point que certains de ces vaisseaux présentent d'épaisses parois protoplasmiques semés de noyaux en stratifications multiples. Ce sont là les phénomènes par lesquels débute la production de l'ectoplacenta. M. DUVAL.

Connexions entre les éléments nerveux de l'écorce cérébelleuse et considérations générales sur la signification physiologique des rapports entre les éléments nerveux, par E. LUGARO (*Arch. ital. de biologie, XXIII, p. 86*).

L'écorce cérébelleuse se prêterait le mieux à l'étude des connexions cellulaires. L'auteur a examiné le cervelet des mammifères, oiseaux, poissons. Il décrit les éléments, les cellules de Purkinge, avec l'orientation de leurs prolongements; les petites cellules de la couche moléculaire, les granules, les grandes cellules de la couche des granules, les cellules intermédiaires, les fibres muqueuses de Ramon y Cajal, les fibres des plexus grimpants, tous détails qui ne se prêtent pas à un résumé. Les conclusions sont les suivantes :

1° L'existence d'un involucre péricellaire formé par des ramuscules nerveux appliqués sur la surface du corps cellulaire et des prolongements protoplasmiques est pleinement démontrée dans le cas des cellules de Purkinge. Les granules semblent aussi enveloppés de ramuscules nerveux;

2° Rien de semblable pour les grandes cellules de la couche des granules, pour les petites cellules de la couche moléculaire et pour les cellules intermédiaires;

3° Il y a deux ordres de rapports entre les éléments nerveux : l'un entre ramifications de fibres et prolongements nerveux; l'autre entre ramifications de fibres et surfaces cellulaires;

4° Il y a prédominance tantôt de l'un tantôt de l'autre mode de connexion. La série théorique comprendrait : 1° des éléments excitables seulement par leur surface cellulaire avec prolongement cellulifuge (cellules nerveuses de la muqueuse olfactive, cellules centrales à processus nerveux sans fibres collatérales; 2° à l'autre extrémité, les éléments qui n'entrent en rapport que par les processus nerveux (grandes cellules de la couche granuleuse, petites cellules de la couche moléculaire et cellules intermédiaires du cervelet; 3° enfin, il y aurait des éléments mixtes, ayant les deux ordres de rapports, à savoir cellules de Purkinge et granules;

5° Les extrémités périphériques des nerfs sont de deux ordres : les unes constituées par un corps cellulaire d'où part une fibre centripète; les autres par une fibre se terminant par des ramifications libres;

6° La structure des ganglions spinaux est un argument contre l'hypothèse de la conductibilité purement cellulifuge du processus nerveux, et pour celle d'une conductibilité différente dans ses différentes parties;

7° Les processus protoplasmiques ont une fonction nerveuse analogue à celle du corps cellulaire : leur structure est la même; d'autre part, le processus nerveux naît parfois d'un prolongement protoplasmique; enfin, les terminaisons nerveuses s'appliquent tantôt sur le corps cellulaire, tantôt sur les prolongements protoplasmiques. Outre la fonction nerveuse, les processus ont aussi une fonction nutritive. DASTRE.

Recherches ultérieures sur les voies lymphatiques du système nerveux central, par G. D'ABUNDO (*Arch. ital. de biologie, XXIII, p. 151*).

La substance blanche cérébrale est très riche en voies lymphatiques. A des connexions anatomiques déterminées correspondent des voies lym-

phatiques spéciales. Ces voies peuvent devenir malades primitivement et il existerait des névropathies dues à des lésions primitives de ces voies lymphatiques. De même, dans la moelle épinière du chien il existe des voies lymphatiques relativement indépendantes, fait en accord avec la systématisation du processus d'altération. DASTRE.

Sur la présence de cellules ganglionnaires dans les racines spinales antérieures du chat, par E. TANZI (*Arch. ital. de biol.*, *XXI*, *p. 345*).

Schœfer (1881) a trouvé dans les racines spinales antérieures des chats des cellules semblables à celles des ganglions rachidiens ; de même chez le Petromyzon (Frend). Dohrn les a regardées comme des cellules migratrices des cordes antérieures. L'auteur reprend ces études, voici ses conclusions : 1. Dans les racines antérieures (surtout lombaires) des chats jeunes, il y a des cellules d'aspect identique à celles des ganglions spinaux, mais plus petites ; 2. Leur nombre est restreint (un au plus dans chaque coupe microscopique) ; 3. Leur fréquence ne diminue pas avec l'âge ; 4. Leur position varie ; leur orientation est celle même de l'axe du faisceau nerveux en général. DASTRE.

Sur un noyau de cellules nerveuses intercalé entre les noyaux d'origine du vague et de l'hypoglosse, par R. STADERINI (*Arch. ital. de biol.*, *XXIII*, *p. 41*).

L'auteur pratiquait l'arrachement de l'hypoglosse dans le plancher buccal chez les lapins et chiens jeunes, et il étudiait les bulbes en sacrifiant les animaux à des époques plus ou moins éloignées. Le noyau s'atrophie, l'aire se réduit, les cellules disparaissent. Chez le lapin, l'origine réelle de l'hypoglosse est représentée par le noyau de Stilling, au-dessous (ventralement) du noyau pneumospinal. Mais, en outre, il y a un noyau d'éléments cellulaires nerveux, situé entre les deux noyaux d'origine de la Xe et de la XIIe paire, *noyau intercalé*, dont la partie haute est connue sous le nom de noyau triangulaire de l'acoustique. M. Duval l'a figuré et considéré comme un dédoublement du noyau sensitif du glosso-pharyngien. DASTRE.

Sur les cellules d'origine de la racine descendante du trijumeau, par E. LUGARO (*Arch. ital de biol.*, *XXIII*, *p. 78*).

Entre les tubercules quadrijumeaux antérieurs et postérieurs s'étend un faisceau de fibres mêlées de cellules vésiculaires qui ont attiré l'attention de Deiters, Henle, Kraus et Schwalbe, Meynert, Huguenin, Stieda, Duval, Golgi. Golgi en a signalé l'unipolarité. Elles sont considérées comme les cellules d'origine de la racine descendante du trijumeau ou quelquefois du pathétique. Ces cellules sont en réalité les unes unipolaires, les autres bipolaires et présentent un second prolongement ordinairement simple. Les prolongements nerveux descendent et sortent du pont de Varole avec les fibres du noyau masticateur. DASTRE.

Sur l'origine de quelques nerfs encéphaliques, par E. LUGARO (*Arch. ital. de biol.*, *XXIII*, *p. 92*).

1° Un grand nombre de fibres radiculaires de l'oculo-moteur externe, arrivées au noyau principal de l'oculo-moteur externe se replient en

avant et en dehors et vont prendre naissance d'un noyau secondaire intermédiaire au noyau propre du facial et au noyau moteur de la Ve paire. Il y a entrecroisement partiel de quelques fibres ;

2° Il y aurait une portion croisée dans le facial, ou tout au moins dans une portion qui lui est associée ;

3° L'auteur admet l'existence de fibres qui, après avoir entouré, en dehors et en arrière, le noyau moteur de la Ve paire vont se jeter dans le raphé. Les cellules placées en arrière et en dedans de la racine motrice envoient des prolongements qui vont au faisceau radiculaire entourant le noyau propre. Les fibres croisées proviennent du pédoncule opposé ou d'un noyau opposé inconnu. A l'intérieur du noyau moteur de la Ve paire se perdent des fibres de la racine descendante du trijumeau. DASTRE.

Développement de segment occipital du crâne, par Ch. DEBIERRE (*Journal de l'anat. et de la physiol.*, *septembre-octobre 1895*).

En présence des contradictions auxquelles sont arrivés les divers travaux publiés sur ce sujet, l'auteur a voulu reprendre la question par de nombreuses dissections. Voici les conclusions auxquelles il arrive.

La portion occipitale du crâne est fondamentalement composée chez tous les vertébrés de quatre os : un médian et basilaire, traversé par la corde dorsale, le *basioccipital;* deux latéraux, pairs et symétriques, les *exoccipitaux ;* et un médian, situé au-dessus du trou occipital, l'*occipital écailleux*. Chez les vertébrés supérieurs ces quatre os se soudent pour constituer un os unique ; chez les poissons osseux et les reptiles écailleux ils restent distincts toute la vie. Ces quatre pièces sont des os développés au sein du chondrocrâne ; ce sont des os de cartilage. Par contre l'os interpariétal, qui apparaît chez les mammifères, est un os de revêtement, c'est-à-dire un os développé dans le tissu fibreux (os de membrane), dont la raison d'être se rattache à l'accroissement du cerveau, partant à l'agrandissement du crâne.

Le *basioccipital* est homologue à un corps de vertèbre (il est traversé par la corde dorsale) ou plutôt à deux corps de vertèbres, dont le postérieur peut être nommé basioccipital postérieur, et l'antérieur basioccipital antérieur. Ce dernier, quand il se développe séparément, donne lieu à l'os basiotique d'Albrecht, prébasioccipital des auteurs italiens. On peut même aller plus loin encore dans cette voie, puisque Froriep a démontré que chez les embryons de ruminants il y a trois protovertèbres dans la région occipitale du crâne, entre lesquelles passent les racines de l'hypoglosse primitivement divisé en trois faisceaux, et que dans la suite du développement ces trois protovertèbres se condensent en une seule pièce et les trois faisceaux nerveux en un nerf unique.

L'occipital latéral, percé d'un ou de deux trous par lesquels passent des nerfs craniens, est homologue à plusieurs arcs dorsaux de vertèbre. En effet le trou condylien antérieur correspond à un trou de conjugaison et les branches de l'exoccipital qui le limitent sont les homologues de deux pédicules de vertèbre. Mais ce trou peut être dédoublé, comme on le voit chez beaucoup de poissons; il peut même être triple, et donner passage à des faisceaux isolés du nerf grand-hypoglosse.

La pièce interpariétale de la voûte du crâne humain correspond à

l'interpariétal des quadrupèdes ; comme chez nombre de ces derniers elle se soude avec l'occipital supérieur, mais à une époque beaucoup plus précoce que dans la plupart des quadrupèdes.

L'écaille de l'occipital se développe par trois points d'ossification, un pour l'infra-occipital, qui prend naissance dans le chondrocrâne, et deux points latéraux pour le supra-occipital, ceux-ci se développant dans le crâne membraneux. Quoique on en ait dit, l'infra-occipital, homologue de l'occipital postérieur des vertébrés inférieurs qui reste indépendant toute la vie, n'est représenté que par un seul point d'ossification, et il devait en être ainsi, si l'occipital représente une vraie vertèbre, car alors l'infra-occipital est l'homologue du point osseux de l'apophyse épineuse. Au développement de l'infra-occipital se rattache l'étude de l'osselet de Kerckringe, dont la valeur morphologique et le rôle ont donné lieu à tant de discussions : Albrecht y voyait un rudiment, chez l'homme, du proatlas dont l'existence est admise chez les Anamniens. Pour Debierre l'osselet de Kerckringe est une ossification accidentelle, privée de valeur morphologique, ainsi que l'avait déjà dit Kölliker. M. DUVAL.

Recherches pratiques sur la topographie cranio-cérébrale, par Léon HAFFNER (*Thèse de Paris*, *1895*).

Après avoir fait la critique des procédés employés jusqu'à ce jour, procédés qui ne tiennent pas compte de la variabilité des points de repère suivant les sujets, l'auteur pense que la méthode à employer doit tendre vers la détermination individuelle de chaque cas particulier, et que c'est dans ce sens qu'il faut diriger les recherches.

Grâce à ce principe, l'auteur a pu déterminer le point ethmoïdal et le basion et par suite, l'axe médian de la base du crâne ; le point pétreux ainsi que la crête pétrée, grâce à la racine sus-mastoïdienne.

Quant aux points interoptique et méningé, c'est par un calcul de proportionnalité qu'on peut les obtenir.

Se limitant à la topographie de la base du crâne, moins connue, et tout en montrant que la même méthode peut être appliquée à la voûte, l'auteur a pu constater :

1° Le plan vertico-transversal, qui passe par l'extrémité antérieure de la fente ethmoïdale, passe également par l'apophyse orbitaire externe, et ces deux points sont situés dans le même plan horizontal à 3 ou 4 millimètres près ;

2° Le plan vertico-transversal qui passe par le basion passe par le conduit auditif, tantôt par son centre, tantôt par l'un de ses bords.

3° Ce même plan passe constamment en arrière du bregma à des distances qui varient de 1 à 3 centimètres ;

4° Le plan vertico-transversal qui passe par le sommet du rocher rencontre constamment l'encoche qui borde en dehors la cavité glénoïde du temporal ;

5° Le plan vertico-transversal qui passe par le milieu de la ligne d'opération (ligne basio-ethmoïdale), passe par le milieu de l'arcade zygomatique. F. VERCHÈRE.

I. — Sur un nouveau mode de compensation dans les anomalies numériques vertébrales de l'homme, par L. TENCHINI (*Arch. ital. de biol.*, *XXIII*, *p. 93*).

II. — Recherches statistiques sur la fréquence des variétés numériques des vertèbres chez l'homme et considérations sur leur genèse, par R. STADERINI (*Ibid.*, *p. 103*).

I. — Le défaut numérique des vertèbres, dans une région déterminée, au lieu d'être compensé par l'excès des pièces dans les régions voisines, peut l'être par le développement plus grand du corps des vertèbres limitrophes ou même éloignées. Pour les statures moyennes, par exemple, les hauteurs étant : région cervicale 10 cent. ; région thoracique, 24 cent. ; région lombaire, 13,7 cent. ; région sacro-coccygienne, 15,8. Total, 63c,5. On trouva dans un cas un excès dans le nombre des vertèbres thoraciques, défaut dans les vertèbres sacrées : 7 cervicales + 13 th. + 5. l + 3 s. + 5 cocc. = 33, la hauteur totale 63 cent. était formée par rég. cerv. 10,1 + thor. 26,2 + rég. lomb. 14 + rég. sacro-coccigienne 12,7.

II. — L'auteur a trouvé 11 anomalies numériques des vertèbres, sur 100 observations, c'est-à-dire plus fréquemment qu'on ne l'admet. La région dorsale est la plus variable : la région cervicale, la moins. Le phénomène est dû à la variabilité de développement des côtes et aux différents degrés de hauteur du bassin. Il y a de plus la réduction de la partie caudale de l'embryon et la disparition possible de segments du rachis. Ce sont des causes essentiellement différentes. DASTRE.

Recherches sur l'ossification du sternum chez les sujets normaux et chez les rachitiques, par MAYET (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, *novembre 1895*).

Sur 18 sternums d'enfants sains, Mayet a rencontré 14 fois plusieurs points d'ossification pour le manubrium ; dans 10 cas, il a trouvé 2 points sur la ligne médiane, déjà soudés à la naissance. Dans le corps, 4 fois sur 12, il a trouvé une soudure verticale des points osseux précédant les soudures transversales. Sur 12 rachitiques âgés de 1 à 6 ans, Mayet n'a pas trouvé de lésions du sternum même ; mais, par le fait des lésions costales, il se fait une sorte de glissement entre les deux hémisternums, où les points osseux ne sont pas soudés par une conjugaison transversale, et ils se soudent par une conjugaison oblique ; d'où l'asymétrie des articulations chondro-costales et de la cage thoracique. H. L.

Zur Morphologie und Biologie der Zellen des Knochenmarks (De la morphologie et de la biologie des cellules de la moelle osseuse), par J. ARNOLD (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXL*, *3*).

L'examen de la moelle osseuse de la grenouille, du lapin et de l'homme permet à J. Arnold de distinguer les formes cellulaires suivantes : 1° des cellules géantes (myéloplaxes) ; 2° des médullocelles ; 3° des lymphocytes, c'est-à-dire des cellules à gros noyau polymorphe et à faible corps cellulaire. On trouve des formes intermédiaires si nombreuses, qu'il convient d'admettre que l'une de ces formes se transforme dans l'autre.

L'étude des granulations qu'on trouve dans ces diverses formes de

cellules montre qu'elles se rencontrent isolées ou mélangées dans chacun de ces éléments cellulaires.

En observant ces cellules dans la chambre humide, on constate que les cellules géantes de la moelle osseuse sont le siège presque constant des mouvements amiboïdes, tandis que les autres formes cellulaires ne présentent pas une activité protoplasmique aussi régulière.

En faisant pénétrer dans la moelle osseuse une solution physiologique de sel marin qui tenait en suspension du cinabre ou de l'encre de Chine, on retrouve ces substances insolubles dans le sang où elles sont incorporées au protoplasma de cellules analogues aux globules blancs. Ceux-ci s'accumulent, dans ces conditions, dans le poumon, le foie, la rate et les reins ; cet état rappelle ce qu'on observe dans la leucocytose et la leucémie.

Ces essais démontrent que les cellules de la moelle des os peuvent passer dans le torrent circulatoire. ÉD. RETTERER.

Contributo allo studio..... (Contribution à l'étude de la physiologie de la cellule), par TRAMBUSTI (*Lo Sperimentale, sezione biol.*, *p. 194*, *1895*).

Dans les glandes à venin du sperlerpes fuscus, l'auteur a étudié les modifications histologiques du noyau et de la cellule après l'action de la pilocarpine : il conclut que le noyau cellulaire participe à la fonction de sécrétion en fournissant au cytoplasma des matériaux qui ont déjà subi une élaboration endonucléaire, et qui, modifiés par le cytoplasma lui-même, sont destinés à devenir des produits de sécrétion. C. LUZET.

Étude des grands leucocytes mononucléaires, par Menahem HODARA (*Annales de derm.*, *nº 10*, *1895*).

L'auteur a examiné un certain nombre de rates, de ganglions lymphatiques et la moëlle des os afin de vérifier s'il existe ou non des cellules plasmatiques (plasmazellen d'Unna) dans ces organes à l'état normal. Sur 14 cas examinés, 10 ne présentaient pas de cellules plasmatiques à l'état normal. Dans 2 cas, elles existaient, mais il s'agissait manifestement d'organes altérés pathologiquement. Dans 2 autres cas, il existait des cellules à protoplasma plus pâle que celui des cellules protoplasmiques et de nature douteuse à cause de ce caractère.

Dans tous les cas existent des cellules à protoplasma et à noyau fortement coloré, appartenant sûrement aux grands leucocytes, mononucléaires et simulant les cellules plasmatiques. Ces grands leucocytes pour lesquels l'auteur propose avec Darier le nom de polyeidocytes, diffèrent des cellules plasmatiques en ce que leur protoplasma est faiblement coloré par le bleu de méthylène de Unna ; il est distribué irrégulièrement autour du noyau, au lieu d'être à la périphérie comme dans les cellules plasmatiques ; les noyaux sont volumineux, de formes très variables tandis que le noyau des cellules plasmatiques est excentrique, d'une forme ronde ou ovale régulière. Toutefois, certains polyeidocytes simulent les cellules plasmatiques et s'en distinguent par des caractères moins tranchés. L'auteur admet que la cellule plasmatique d'Unna est un produit purement pathologique, qu'on la considère comme dérivant d'une

cellule conjonctive (Unna) ou d'un lymphocyte et de ses formes de transition (Marschalko). F. BALZER.

Des procédés de numération des globules blancs du sang basés sur l'emploi de sérums artificiels colorés, par J. BARJON et C. REGAUD (*Lyon méd.*, *22 septembre 1895*).

Après avoir passé en revue les divers procédés employés, indiqué leurs inconvénients. B. et R. proposent le sérum suivant qui leur a donné les meilleurs résultats.

Sérum de Malassez, 50 centimètres cubes.

Solution alcoolique de violet héxaméthylé à 5 0/0, cinq gouttes.

A. CARTAZ.

Sur l'origine des globules blancs du sang, par C. ZENONI (*Arch. ital. de biol.*, *XXII*, *p. 136*).

L'auteur pratique la défibrination totale du sang suivant la méthode de Bizzozero et de Dastre. On soustrait à l'animal une forte proportion de son sang que l'on défibrine et réinjecte jusqu'à ce qu'il cesse d'être coagulable. Avec la fibrine on enlève environ les 4/5 des globules blancs. On compte les globules dans les différentes phases de l'opération et on examine les plaquettes. Ce sont surtout les leucocyto-polynucléaires qui sont entraînés par les caillots de fibrine. Dès la fin de l'opération et surtout au bout de trois ou quatre heures, il y a augmentation notable des polynucléaires, sans changement de mononucléaires. Les variations des mononucléaires (augmentation) ne correspondent pas à la perte des autres : les lymphocytes petits prédominent d'abord, puis les grands. Les éosinophiles diminuent d'abord, puis augmentent ensuite. Le nombre des globules rouges augmente après l'opération et diminue les jours suivants ; quelques-uns, venus de la moelle osseuse, sont nucléés. Jamais de karyokinèse pour les globules blancs. De là, la conclusion que les leucocytes-polynucléaires ne dérivent pas des mononucléaires ; les différences nucléaires sont l'expression de la diversité d'origine. L'affluence des leucocytes nucléaires vient des tissus et de la moelle osseuse. DASTRE.

Zur Kenntniss der Muskelspindeln (Étude sur les fuseaux musculaires), par Laura FORSTER (*Arch. f. pathol. Anat.*, *CXXXVII, 1*).

L'étude du fuseau musculaire normal faite sur les muscles de l'homme donne les résultats suivants : le fuseau musculaire comprend un certain nombre de fibres musculaires et nerveuses, qui sont comprises dans une gaîne commune. Cette dernière enveloppe étroitement les deux extrémités du fuseau, mais, dans la portion moyenne, elle est plus lâche et circonscrit autour de la substance musculaire un espace rempli de lymphe. C'est ainsi que toute la formation prend la configuration d'un long faisceau et atteint en moyenne une longueur de 10 millimètres et une largeur de $0^{mm},1$. La gaîne a la structure du périnèvre d'un faisceau nerveux. Le contenu musculaire est formé par un groupe de 4 à 6 fibres musculaires. Le nombre des nerfs qui sont renfermés dans la gaîne commune est

généralement le même que celui des muscles. Le fuseau est riche en vaisseaux. Des cloisons de tissu conjonctif séparent les fibres nerveuses et musculaires les unes des autres. Les deux extrémités du faisceau ont une situation et des rapports variables : 1° dans la substance musculaire ; 2° dans le tissu tendineux ; 3° l'une des extrémités se trouve dans le tissu musculaire, l'autre dans le tissu tendineux.

Voici maintenant les résultats fournis par l'examen des fuseaux musculaires dans trois cas pathologiques (myélite, atrophie musculaire et paralysie bulbaire).

Le tissu musculaire peut avoir subi tous les degrés de l'atrophie ou de l'hypertrophie, sans que les fuseaux musculaires soient modifiés ; en effet, les fibres musculaires et les fibres nerveuses du fuseau ont l'aspect normal et ne présentent nulle part des traces d'atrophie ni des noyaux plus abondants. En conséquence, les fibres musculaires qui sont contenues dans le fuseau n'ont rien à voir avec la croissance ou la régénération des muscles auxquels elles sont annexées. Ce sont donc des fibres musculaires qui conservent une vie propre, indépendante de celle du muscle lui-même.

Il est probable que les fuseaux musculaires représentent un appareil physiologique dont la nature est, il est vrai, indéterminée.

ÉD. RETTERER.

Die glatte muskulatur der Wirbelthiere..... (Les muscles lisses des vertébrés à l'exception des poissons), par P. SCHULTZ (*Centralbl. f. Physiol., IX, p. 370*).

Les éléments des muscles lisses des vertébrés sont formés par une masse de fibrilles contractiles, homogènes, parallèles, plus ou moins enchevêtrées et anastomosées et réunies par une substance intermédiaire contenant des granules réfringents. Chaque cellule musculaire lisse contient, vers sa partie centrale, un noyau batonnoïde offrant un réseau grossier de forts filaments de chromatine et un ou deux nucléoles et entouré d'un reste de protoplasme. Il n'y a pas de membrane. Pas de vrai stries transversales. Biréfringence des éléments examinés en couche suffisamment épaisse.

Les cellules voisines adhèrent les unes aux autres par des ponts de fibrilles contractiles entre lesquels existent des fentes lymphatiques. Pas de ciment entre les cellules.

Les nerfs des muscles lisses forment un double système : 1° des cellules nerveuses multipolaires présentant un long prolongement se continuant avec une fibre nerveuse, et des prolongements nombreux, courts, à renflements terminaux et varicosités subterminales : ce sont des terminaisons nerveuses appliquées à la surface des cellules musculaires (nerfs sensibles ?); 2° un système de filaments formant réseau envoyant des filaments terminaux assez longs, s'étendant parallèlement aux cellules musculaires et s'y terminant également par des renflements terminaux (nerfs moteurs ?). Ce second système était seul connu jusqu'à présent.

LEON FREDERICQ.

Contribution à l'étude du ganglion moyen de la rétine chez les oiseaux, par P. BOUIN (*Journ de l'anat. et de la physiol., juillet-août 1895*).

Depuis les travaux de Cajal et de Dogiel on connaît, sous le nom de *spongioblastes*, certains éléments nerveux qui siègent dans la partie la plus profonde de la couche des grains internes, c'est-à-dire à la face externe de la couche plexiforme ou réticulaire interne, et on distingue des spongioblastes nerveux et des spongioblastes non nerveux (cellules amacrines) selon qu'ils sont ou non munis d'un prolongement axile, et sans que ces expressions doivent éveiller, pour aucun de ces éléments, l'idée de pures cellules de soutien. Ce sont les spongioblastes dits nerveux que l'auteur étudie par la méthode de coloration au bleu de méthylène, procédé sur lequel il donne de précieuses indications techniques.

Ces spongioblastes nerveux forment, au niveau de la face externe de la couche réticulaire interne, une véritable couche ganglionnaire ; on y distingue quatre formes principales d'éléments :

1° Des éléments à corps protoplasmique donnant naissance directement à un cylindre axe, et émettant d'autre part des prolongements dits protoplasmiques ;

2° Des éléments dont le corps cellulaire émet plusieurs prolongements protoplasmiques ; c'est de la réunion de quelques-uns de ceux-ci que prend naissance le cylindre axe. Dogiel avait décrit ces éléments, dont l'existence a été niée par Cajal. Les études de l'auteur confirment entièrement l'opinion de Dogiel ;

3° Des éléments, les plus singuliers, et de beaucoup les plus nombreux, formés par une arborisation protoplasmique, dont les branches se réunissent en un prolongement cylindre axe. Le corps cellulaire de ces éléments est piriforme et se trouve rattaché à un dendrite quelconque par un pédicule plus ou moins long. L'auteur compare ces spongioblastes à un arbuste à branches noueuses, dépourvues de feuilles, et portant un seul fruit : le tronc représenterait le cylindre-axe, les branches et les rameaux figureraient les prolongements dendritiques ; enfin le corps cellulaire est relié à un dendrite, absolument comme un fruit à la branche qui le porte. Ici le corps cellulaire n'est donc pas un centre autour duquel rayonnent et de la masse duquel émanent des expansions dont les unes sont à conduction cellulipète, les autres à conduction cellulifuge ; ici le corps cellulaire piriforme fait simplement suite à l'un quelconque des rameaux ou lui est même rattaché par un filament grêle ; l'influx nerveux doit alors être recueilli par les branches de l'arborisation spongioblastique et conduit directement par elles au cylindre axe, sans que cet influx nerveux traverse nécessairement le corps cellulaire. On voit combien ces dispositions sont intéressantes au point de vue des conceptions récemment émises (Morat) sur la physiologie intime des centres nerveux.

Mais ce n'est pas tout. Le noyau semble suivre le protoplasma dans cette dissociation du corps cellulaire, et sa nucléine paraît aller se localiser dans les travées granuleuses et les varicosités. La dispersion de la nucléine, fréquemment observée dans d'autres éléments anatomiques, se trouverait donc aussi réalisée dans certains éléments nerveux. L'auteur présente à ce sujet d'intéressantes considérations physiologiques que nous ne pouvons ni reproduire ici, ni résumer.

Un autre fait intéressant signalé dans cet important mémoire est le suivant : Les cylindres axes des spongioblastes nerveux sont presque toujours formés par la réunion de plusieurs dendrites ; d'autre part les prolongements uniques issus de deux ou trois arborisations spongioblastiques peuvent s'anastomoser en un seul cylindre axe. Dans ces dispositions, l'état fonctionnel d'une fibre nerveuse se communique donc à une autre fibre non par contact, mais par continuité substantielle ; il y aurait donc lieu de faire certaines réserves sur la loi si généralement admise et d'après laquelle il n'existe entre les éléments nerveux que des rapports de contiguité et jamais de continuité. Mais ces dispositions sont rares, et l'auteur n'a jamais constaté d'anastomoses indiscutables entre les dendrites issus de deux cellules voisines ; c'est dire qu'il n'a pas observé le réseau nerveux décrit par Dogiel sur la face externe de la zone moléculaire interne. M. DUVAL.

Contribution à l'étude de la membrane de Corti, par COYNE et CANNIEU (*Journ. de l'anat. et de la physiol.*, *mai-juin 1895*).

Après avoir décrit avec soin la forme d'une coupe de cette membrane (trois portions, une moyenne épaisse, une interne et une externe minces) chez divers mammifères, les auteurs de cet important mémoire étudient avec soin les deux questions principales et si controversées, à savoir les insertions et la constitution de la membrane de Corti ou tectoria.

Pour l'insertion interne, tous les auteurs sont à peu près d'accord ; elle se fait sur la protubérance de Huschke, en dehors du point d'origine de la membrane de Reissner. Quant à son extrémité externe, elle a été tour à tour décrite comme étant libre au-dessus de l'épithélium sensoriel (organe de Corti), ou comme s'insérant sur la paroi externe du tube limacéen au niveau d'un bourrelet du ligament spiral. Aucune de ces deux interprétations ne répond à la réalité. La tectoria n'est pas libre par son bord externe ; mais ce bord ne va pas jusqu'au ligament spiral ; il dépasse très peu l'organe de Corti, car il s'accole aux cellules de Corti et de Deiters, pour se terminer, en y adhérant, au niveau des premières rangées des cellules de Claudius.

La connaissance de sa structure réside entièrement dans l'interprétation à donner de l'aspect strié qu'elle présente. Elle paraît en effet, sur les coupes, parcourue par des fibrilles décrivant de haut en bas et de dedans en dehors des courbes à convexité externe. Or, sur des coupes perpendiculaires à la direction de ces fibrilles, on constate une disposition en réseau, dont les travées circonscrivent des cavités polygonales diminuant de dimension à mesure qu'on s'éloigne de l'organe de Corti pour se rapprocher de la protubérance de Huschke. Les cloisons de ces cavités se réunissent au niveau des angles du réseau et forment, en ces points, des épaississements sur toute la longueur de leurs bords de réunion. Ce sont ces épaississements qui, sur des coupes radiales de la membrane, se montrent sous l'aspect des stries précédemment indiquées. — En d'autres termes, la tectoria n'est pas formée par une masse compacte de substance homogène parcourue par des fibrilles ; elle est formée par des cloisons d'une substance spéciale, circonscrivant des cavités polygonales, assez larges au niveau de l'organe de Corti, de plus en plus étroites à

mesure qu'on se rapproche de la protubérance de Huschke. Le détail le plus intéressant est relatif aux rapports de la *tectoria* avec les cellules sensorielles de la papille spirale, c'est-à-dire avec les cellules du sommet et de Corti. Sur des coupes un peu épaisses, on voit que les cils de ces cellules sont engagés dans ces cavités polygonales. Le rôle de la tectoria serait donc de recueillir et de transmettre aux cellules ciliées les mouvements vibratoires de l'endolymphe.

Du reste, ces dispositions et cette structure se trouvent ailleurs que dans la membrane de Corti : au niveau des crêtes acoustiques, on trouve des productions semblables et jouant le même rôle, à savoir les *cupules terminales*, découvertes par Coyne chez les mammifères, et étudiées depuis par Ferré.

Jamais on ne trouve, sur la face supérieure de la membrane de Corti, le revêtement épithélial dont a parlé Löwenberg. D'autre part, ce que l'on a appelé la *membrane réticulée*, et qui s'observe lorsque la tectoria a été enlevée de sa situation normale, n'est que la partie inférieure de cette membrane. En effet, lorsque celle-ci se sépare de l'organe de Corti, elle laisse sur l'épithélium une partie de sa substance, ce qui a fait admettre l'existence d'une membrane spéciale. Du reste l'aspect qu'offre cette prétendue membrane répond bien à l'interprétation nouvelle donnée de la tectoria. Le fait que la tectoria a une insertion au niveau de son bord externe constitue une différence entre cette membrane et les cupules terminales, et, comme ces derniers sont libres au-dessus de l'épithélium, Tafani en a conclu à la liberté nécessaire de la tectoria au-dessus de l'organe de Corti. Mais il n'en est pas rigoureusement ainsi, car l'étude de l'organe auditif dans la série montre que plus l'organe de réception des sons est parfait, plus la production qui sert d'otolithe est rapprochée de l'épithélium sensoriel et moins elle est libre au-dessus de ce dernier.

M. DUVAL.

Sur le développement de la dent de sagesse, par R. LIVI (*Atti della Soc. Romana di antropol.*, *1*, *2*).

L'auteur a examiné 732 jeunes soldats de 20 ans et 5 mois. Un peu moins de la moitié de ces jeunes gens n'avait aucune dent de sagesse. Le nombre de ces dents est en proportion de la taille et du bon régime, et aussi de la dolichocéphalie. Il est rare que les dents de sagesse soient en nombre impair.

DASTRE.

Nouvelle méthode pour la démonstration de la substance colloïde dans les vaisseaux lymphatiques de la glande thyroïde, par G. VASSALE et I. DE BRAZZA (*Arch. ital. de biol.*, *XXIII*, *p. 292*).

On emploie pour démontrer la substance colloïde, la thyroïde fraîche ; elle doit rester pendant 10-15 jours dans l'hématoxyline de Vassale, puis passer en alcool commun jusqu'à ce que celui-ci ne soit plus que légèrement coloré en jaune. La pièce est incluse en celloïdine et coupée. Les coupes sont passées dans un mélange de glycérine pure et de liquide de Millon (2/1). Les noyaux restent colorés par l'hématoxyline et la substance colloïde est colorée en jaune orange.

Ce procédé manifeste autour des follicules thyroïdiens un riche réseau lymphatique rempli de la substance colloïde des follicules, et de même dans la capsule glandulaire. DASTRE.

Ueber die Nerven der Schilddrüse (Sur les nerfs de la glande thyroïde), par M. TRAUTMANN (*Thèse de Halle-Wittenberg*, *1895*).

Après Sacerdotti, Crisafulli et Andersson l'auteur a appliqué la méthode de Golgi à l'étude des nerfs du corps thyroïde, et les résultats qu'il a obtenus confirment essentiellement ceux qu'elle a déjà donnés. Les nerfs glandulaires propres sont répandus d'une façon diffuse dans le stroma conjonctif interfolliculaire et se terminent à la limite périphérique de l'épithélium des vésicules, sans pénétrer dans l'intérieur de celles-ci, entre les cellules de revêtement. En ce qui concerne les éléments noircis par le chromate d'argent et considérés par Sacerdotti et Crisafulli comme des cellules nerveuses ganglionnaires, T. est d'avis que ce sont des éléments conjonctifs. Les uns sont disséminés dans le stroma de la glande, les autres sont compris dans l'épaisseur de la gaine des troncs nerveux. En dehors de ces cellules on n'en rencontre pas d'autres qui puissent être regardées comme de nature nerveuse.

A. NICOLAS.

Notiz zur Morphologie der Geschmacksknospen der Epiglottis (Sur la morphologie des bourgeons gustatifs dans l'épiglotte), par H. RABL. (*Anat. Anz.*, *XI*, 5).

L'auteur montre que les bourgeons gustatifs que l'on rencontre dans l'épithélium de la face postérieure de l'épiglotte sont parfois en rapport avec une papille qui se creuse en cupule pour les recevoir. En cet état, le bourgeon soulevé par la papille proémine, recouvert sur toute sa surface, sauf au niveau du faisceau des extrémités périphériques, des cellules sensorielles, par les couches superficielles de l'épithélium de revêtement qui l'entoure. Cette disposition offre une grande ressemblance avec celle des éminences nerveuses et des bourgeons terminaux de la peau des poissons. A. NICOLAS.

Sur le développement des cellules mucipares du tube gastro-entérique, par C. SACERDOTI (*Arch. ital. de biol.*, *XXIII*, *p. 1*).

La méthode d'étude consiste à fixer la paroi en liquide d'Hermann, à colorer avec l'hématoxyline et la safranine avec lavage successif dans de l'alcool contenant 5 pour 1000 d'acide chlorhydrique. La substance muqueuse est colorée en bleu violet par l'hématoxyline, les mitoses sont colorées en rouge par la safranine. La coloration avec l'hématoxyline est caractéristique.

L'auteur a étudié avec cette méthode due à Bizzozero, les divers segments de l'intestin du lapin, du cobaye, mais surtout du veau à l'état fœtal.

On a soutenu (Pazelt) que les cellules mucipares proviennent des cellules protoplasmiques et peuvent de nouveau se tranformer en celles-ci : la sécrétion muqueuse au lieu d'être une sécrétion fixe serait une fonction transitoire. Les recherches de Sacerdoti démontrent que la différencia-

tion des cellules mucipares, dans la vie embryonnaire, a lieu très vite (fœtus de 3 cent. 5, rectum ; fœtus de 7 cent. duodenum et iléon).

Les éléments mucipares dans le fœtus, comme dans l'adulte, d'après Bizzozero, se multiplient par mitose alors même qu'ils contiennent déjà du mucus et qu'ils sont, par conséquent, en activité fonctionnelle. Les cellules mucipares, ont leur centre de formation à la base des villosités tandis que les formes adultes se trouvent au sommet. Puis, la reproduction des éléments, aussi bien protoplasmiques que mucipares se localise dans les enfoncements existant entre une villosité et l'autre. Il n'y a pas de stades de passage entre cellules mucipares et protoplasmiques, ce qui arriverait si les cellules, après avoir été mucipares, redevenaient protoplasmiques. DASTRE.

Contribution à l'étude des cellules glandulaires (pancréas), par J. MOURET (*Journ. de l'anat. et de la physiol., mai-juin 1895*).

La cellule pancréatique au repos présente une zone pleine de grosses granulations zymogènes fuchsinophiles, tournée vers la cavité du tube sécréteur, et une zone externe, plus ou moins grande selon le développement de la précédente. Le noyau nucléolé se trouve à la limite des deux zones. — Abstraction faite des granulations zymogènes, le protoplasma se compose de deux substances : une substance fondamentale homogène et amorphe, et une autre, contenue dans la précédente, figurée et colorable par l'hématéine. — Celle-ci, substance *prézymogène*, se trouve dans toute la cellule, mais ne se distingue bien que dans les parties laissées libres par les granulations zymogènes, c'est-à-dire à la base de la cellule. Elle est constituée par des filaments et de fines granulations colorables par l'hématéine. Ces filaments figurent parfois, dans la zone externe, une striation perpendiculaire à la base de la cellule. L'auteur donne à cette zone externe, striée, le nom de *matrice* de la cellule, pour indiquer la part qu'elle prend à la formation des granulations zymogènes.

Pendant une active sécrétion, il se forme, dans le protoplasma, des vacuoles contenant un liquide incolore, et la cellule excrète ses granulations zymogènes qui se dissolvent dans le liquide fourni par les vacuoles pour constituer le suc pancréatique. En même temps que la cellule excrête ses granulations zymogènes et le contenu de ses vacuoles, la substance prézymogène augmente ; elle se présente alors sous la forme d'amas dits corpuscules paranucléaires, lesquels se réduisent ensuite en fines granulations ; celles-ci se répandent dans tout le protoplasma, où elles grossissent et mûrissent peu à peu pour devenir à leur tour de véritables granulations zymogènes. M. DUVAL.

Bemerkungen über die Lagerung der Bauchspeicheldrüse (Pankreas) (Remarques sur la situation du pancréas), par M. TSCHAUSSOW (*Anat. Anz., XI, 11*).

D'après ces observations faites sur des coupes de sujets congelés, le pancréas serait moins long qu'on ne l'admet communément, et ne dépasserait pas 12 à 14 centimètres, chez l'adulte, sur une largeur de 5 à 6 centimètres et une épaisseur maximum de 2 à 4 centimètres. La glande

est située transversalement au-devant de la colonne vertébrale. Le corps, un peu plus élevé que la tête et que la queue, répond à la face antérieure de la 1re v. lombaire, empiétant légèrement sur le bord inférieur de la 2e v. dorsale. La tête repose sur le corps des 1re et 2e v. lombaires, dans le plan de la ligne sternale droite et à la hauteur du 10e espace intercostal. La queue confine à l'extrémité inférieure de la rate. Une section sagittale médiane sépare l'organe en deux parties inégales, 1/3 à droite, les 2 autres tiers à gauche.

Les renseignements relatifs aux rapports du pancréas ne diffèrent pas essentiellement de ceux qu'on trouve dans les auteurs classiques. L'auteur termine en indiquant les différents organes qu'on rencontre successivement lorsqu'on va à la recherche de la tête du pancréas par une incision pratiquée le long de la ligne sternale droite, de sa queue par une incision le long de la ligne mamillaire gauche, ou de son corps par une section médiane sur la ligne blanche. A. NICOLAS.

Ueber die Entwicklung der Hypochorda und des dorsalen Pankreas bei Rana temporaria (Le développement de l'hypocorde et du pancréas dorsal chez « rana temporaria »), par Ph. STÖHR (*Morphol. Jahrb., XXII, 1, p. 123*).

L'hypocorde chez la grenouille rousse dérive de l'entoderme et se développe sous la forme d'un bourrelet pigmenté de la paroi dorsale de l'intestin. Elle comprend deux segments, l'un qui correspond à la tête, l'autre au tronc. Le premier apparaît plus tard que le second et indépendamment de lui. C'est un petit amas cellulaire, allongé, situé en regard du premier myomère. Il disparaît de bonne heure. Le deuxième segment se sépare peu à peu, de la tête vers la queue, de la paroi intestinale, mais incomplètement, c'est-à-dire qu'il reste uni à celle-ci par un certain nombre de ponts d'union dont l'arrangement segmentaire, d'abord évident, devient par la suite indistinct. Puis le cordon épithélial qui constitue l'hypocorde se creuse de cavités disposées en certains endroits de telle sorte qu'il semble que cet organe soit formé d'une succession de tubes recourbés en crochet et qui se recouvrent partiellement. (Chacun de ces tubes serait un diverticule de l'intestin).

A partir de ce moment l'hypocorde entre en régression. Les ponts qui l'unissaient à la paroi intestinale disparaissent successivement, en dernier lieu ceux qui sont les plus rapprochés de l'extrémité céphalique. Puis ses éléments s'applatissent et se désagrégent. L'hypocorde disparaît et rien ne prouve que ses cellules constituantes prennent une part quelconque à l'édification d'autres organes, de la rate ou de vaisseaux lymphatiques en particulier.

Dans la deuxième partie de ce mémoire, Stöhr recherche la deuxième ébauche dorsale du pancréas (ébauche postérieure) décrite récemment par V. Kupffer chez *Acipenser sturio*. Il montre que cette ébauche n'existe pas chez la grenouille et que l'on y observe seulement les trois bourgeons (un dorsal et deux ventraux) bien connus depuis les recherches de Götte et de Göppert. Seulement, à l'endroit où devrait se rencontrer l'ébauche dorsale postérieure (d'après V. Kupffer) se trouve la racine de l'intestin caudal. Ce dernier organe régresse de bonne heure

sans que ses éléments dissociés concourent à la formation ni de la rate, ni de lymphatiques. A. NICOLAS.

Sulla struttura della membrana amniotica nei vari mesi della gravidanza, par FERRARI (*Lo Sperimentale, sezione biol., p. 62, 1895*).

L'épithélium amniotique est constitué par une seule couche de cellules cylindriques adhérentes entre elles et avec le tissu sous-jacent. Leur grandeur et leur forme sont uniformes, elles possèdent un ou deux noyaux nucléolés. Le protoplasma est homogène et parsemé de granulations brillantes, de nature mal déterminée, en partie grasses, en partie albuminoïdes. Des granulations qui ont la forme de gouttelettes ne sont pas des formations cadavériques. Il existe, en outre des cellules muqueuses ou hydropiques, Il n'y a que peu de différence entre l'épithélium placentaire et celui du reste de l'amnios. Des stomates, en communication avec les espaces lymphatiques sous-jacents existent à la superficie de l'amnios.

C. LUZET.

Sur la distribution des artères dans la main de l'homme, par C. FALCONE (*Arch. ital. de biol., XXIII, p. 97, 1895*).

Il existe un seul type artériel de la main qui s'est graduellement développé dans la philogenèse. Il n'est pas exact que, chez l'homme, la cubitale résume en elle la plus grande partie de la circulation artérielle des doigts. Phylogéniquement les deux artères de l'avant-bras conservent jusqu'à l'homme une équipollence fonctionnelle. Chez l'homme, le rameau radio-palmaire perd de son importance, mais il s'y substitue des rameaux qui s'en détachent. La constitution des racines artérielles palmaires est le résultat d'une adaptation à la fonction de l'organe nécessitant une rapide reconstitution de la circulation par voie collatérale; la circulation artérielle des doigts n'est pas subordonnée à cette apparence morphologique. DASTRE.

PHYSIOLOGIE.

Sur la fonction des lobes frontaux, par L. BIANCHI (*Archives ital. de biol., XXII, p. 102*).

L'auteur pratique l'excitation et la destruction des lobes préfrontaux. L'extirpation d'un seul lobe frontal amène, chez les chiens et singes : des mouvements de manège du côté opposé (durée : 1 semaine); parésie incomplète du membre supérieur opposé ; troubles visuels du côté opposé, consistant en affaiblissement du champ visuel de dehors en dedans; conservation du goût, et, en général, des sensibilités tactile et auditive; conservation des manifestations psychiques.

L'extirpation des deux lobes frontaux amène des troubles psychiques : agitation, inquiétude, continuel va-et-vient ; absence de curiosité, indifférence, absence des postures d'observation communes aux singes ; disparition de l'affectivité pour les autres singes et pour l'homme ; affaiblissement des instincts sexuels ; émotivité et peur ; défaut de critique, réflexion et mémoire ; incapacité pour de nouvelles adaptations.

Les lobes frontaux seraient l'organe où s'associent, se coordonnent et se fondent les produits sensoriels et moteurs des diverses aires sensorielles et motrices de l'écorce.

Par exemple, les éléments périphériques de réception (organes tactiles, bâtonnets) reçoivent l'onde nerveuse dans un premier neurone ; elle est conduite à un second neurone (couche optique) ; de là, à un troisième (neurone cortical) ; l'onde passerait, d'après l'auteur, dans un quatrième neurone, frontal. Il en serait ainsi pour toutes les aires corticales de sensibilité et mouvement : de même, aboutiraient encore au lobe frontal les états émotifs (appréciations qualitatives) qui accompagnent les différentes perceptions, avec conservation de ces coefficients psychiques : de cette agrégation résultent la personnalité, le jugement et la critique, que l'opération fait disparaître. DASTRE.

Suppléance d'un hémisphère cérébral par l'autre, par Marie DE MANACÉINE (*Arch. ital. de biol.*, *XXI*, *p. 326*).

On a vu des preuves de la dualité du cerveau dans les cas de dédoublement de la personnalité, dans la perte de la mémoire suite de maladie ou de traumatisme, dans les retours de mémoire après long intervalle, dans le souvenir pendant le sommeil coïncidant avec l'oubli à l'état vigil. L'auteur en apporte de nouvelles. L'hémisphère gauche est le plus actif à l'état de veille et le plus engourdi à l'état de sommeil. Si l'on essaye de chatouiller avec une plume le visage d'une personne dormant profondément, elle fait des mouvements, comme pour chasser une mouche, mais toujours avec la main gauche, la droite restant immobile. Au contraire, les gauchers font avec la main droite ces mouvements de défense, et cela, quel que soit le côté du visage qui soit chatouillé. Chez les jeunes chiens maintenus en insomnie absolue, la sensibilité cutanée s'affaiblit et devient alternative, passant après 10′ à 20′ du côté droit au côté gauche ; et la pupille du côté insensible est elle-même indifférente à l'action de la lumière. Il semblait que ces animaux eussent leurs hémisphères périodiquement et alternativement actifs. Dans des expériences de rétrographie, si l'on fait écrire avec les deux mains simultanément, il y a toujours parmi les lettres de l'écriture directe des lettres écrites en écriture de miroir (rétrographie) de la main droite, et justement elles étaient écrites au même moment en écriture directe de la main gauche. Enfin, dernier fait, dans le cas d'hémicranie gauche qui s'accompagne de difficulté de la parole et de l'écriture, l'écriture directe faite de la main gauche (correspondant à l'activité du cerveau droit) devenait plus nette et plus ferme que dans les conditions ordinaires de santé. DASTRE.

La néoformation des cellules nerveuses, dans le cerveau du singe, consécutive à l'ablation complète des lobes occipitaux, par VITZOU (*C. R. Acad. des Sciences, 16 septembre 1895*).

En poursuivant ses recherches sur la physiologie des lobes occipitaux, chez le singe, l'auteur s'est trouvé en présence d'un sujet qui, après une perte complète de la vue, ainsi que cela se produit après l'ablation totale des lobes occipitaux, a commencé, au bout de quatre mois, à percevoir légèrement les objets, et dont la vue est devenue relativement complète au bout de deux ans. En répétant sur lui l'opération, on trouve l'espace qu'occupaient auparavant les lobes occipitaux rempli par une masse de substance nouvellement formée. L'examen microscopique de cette substance y montre des cellules nerveuses pyramidales et des fibres nerveuses, avec un tissu neuroglique très abondant. La présence des éléments nerveux de nouvelle formation explique donc la restauration, si imparfaite du reste, du sens de la vue. Une nouvelle opération, consistant dans l'ablation des masses néo-formées, a produit de nouveau la perte de la vision. M. DUVAL.

Les effets de la résection des racines sensitives de la moelle épinière et leur interprétation, par G. PALADINO (*Arch. ital. de biol., XXIII, p. 146*).

L'auteur a étudié les lésions médullaires résultant de la section des racines sensitives, chez le chien. La dégénérescence qui se développe à la suite de la résection des racines sensitives du plexus lombo-sacré est ascendante et descendante, mais elle n'a ni la même extension ni la même distribution dans les points rapprochés ou éloignés, de part et d'autre. Dans le cas de section des racines sensitives des quatre dernières paires dorsales, les faits sont les mêmes; mais, de plus, les cellules de la substance grise sont altérées, atrophiques, granuleuses, circonstances en rapport avec les désordres paralytiques observés, en ce cas, chez l'animal. DASTRE.

Des processus réparateurs dans le ganglion intervertébral, par Vitige TIRELLI (*Archives ital. de biologie, XXIII, p. 301*).

A la suite de blessures aseptiques du ganglion intervertébral d'animaux adultes, il se produit des manifestations actives dans les noyaux des éléments fixes interstitiels et dans ceux des gaines de Schwann. Quant aux éléments nerveux, cellules et fibres, atteints ou non, ils dégénèrent assez loin de la blessure. La réparation se fait exclusivement par la prolifération du tissu conjonctif. Les cellules nerveuses n'y prennent point part et n'offrent pas de signes de karyomitose. La chromatine prend des formes spéciales, en peloton, mais avec des signes de dégénération qui prouvent la désagrégation du noyau. Les éléments spécifiques du ganglion intervertébral, comme ceux du cerveau, cervelet, moelle, sont, suivant l'expression de Bizzozero, des éléments perpétuels. DASTRE.

L'excitabilité de la zone motrice après la résection des racines spinales postérieures, par S. TOMASINI (*Arch. ital. de biol.*, *XXIII*, *p. 36*).

On coupe la racine sensitive et l'on cherche quelle variation a subi l'excitabilité de la racine motrice, en l'interrogeant, non pas à sa sortie de la moelle épinière, mais, pour ainsi dire, dans son prolongement cérébral (zone Rolandique). On fait, dans une première série, l'excitation de l'écorce cérébrale séance tenante, avant et après la section des racines sensitives ; dans la seconde série, la comparaison se faisait après guérison. La première série démontre que l'excitabilité de la zone corticale est augmentée quand on sectionne les racines sensitives et que l'essai est pratiqué immédiatement après la section. De la seconde série, on déduit que l'excitabilité de l'écorce cérébrale diminue quand on fait l'excitation quelque temps après la section. Les centres moteurs, dans ce cas, restreignent leur sphère excitable, le centre d'un membre se trouvant déplacé. Le relâchement du membre anesthésique ne succède pas tout de suite à la contraction. On n'a pas les mouvements cloniques caractéristiques, mais au contraire, de fortes contractions toniques. L'excitation du centre moteur produit des mouvements désordonnés du membre anesthésique (mouvements ataxiques cérébraux). Il y a synergie fonctionnelle entre l'écorce et les racines spinales. L'intégrité de la sensibilité générale est une condition nécessaire pour la production des mouvements normaux, volontaires ou provoqués. Les centres corticaux sont sensitivo-moteurs. DASTRE.

Ricerche sperimentali sulla fisio-patologia dei nervi laryngei inferiori, par A. TRIFILETTI (*Arch. ital. di laring.*, *XV*, *3*).

Les récurrents, examinés chez le chien anesthésié (injection de chloral) et soumis à l'excitation de courants forts, mais à rythme lent, se comportent comme des nerfs moteurs. L'excitation du tronc intact ou du bout périphérique, si le nerf est sectionné amène le rapprochement de la corde vocale correspondante sur la ligne médiane ; la stimulation du bout central ne provoque aucun mouvement de la corde.

Le même effet se produit chez l'animal dans l'instant qui suit la mort par l'anesthésie chloroformique.

Le rameau du laryngé supérieur qui modère le crico-thyroïdien se comporte, dans ces conditions expérimentales, comme un nerf moteur.

Si l'expérience se fait sans anesthésie et avec des courants d'intensité variable, on voit, avec l'excitation du nerf intact ou du bout central, qu'il y a d'abord une tendance au rapprochement, mais il survient un écartement de la corde (abduction) avec troubles réflexes de la respiration, inspiration forcée, expiration instantanée et bruyante ; avec l'excitation du bout périphérique, on voit dominer la contraction tonique des cordes dans la phase d'adduction.

Les variétés des résultats tiennent, selon l'auteur, à l'existence dans le récurrent, de fibres réflexes, aux conditions de l'anesthésie, mais surtout à la différence d'intensité des courants. A. CARTAZ.

Ueber die Wechselswirkung der N. vagi auf das Herz (Action des nerfs pneumogastriques sur le cœur), par Joh. DOGIEL et E. GRAHE (*Archiv f. Physiologie, p. 390, 1895*).

Chez le chien curarisé, l'excitation du bout périphérique d'un nerf pneumogastrique coupé ne produit qu'un arrêt du cœur d'assez courte durée, tant que l'autre pneumogastrique est intact. Cet arrêt se prolonge notablement si l'on a coupé, au préalable, l'autre pneumogastrique.

Nous renvoyons à l'original pour la discussion de la signification de ce phénomène.

Les auteurs ont constaté aussi que l'excitation simultanée des bouts périphériques des deux pneumogastriques coupés provoque un arrêt du cœur notablement plus prolongé que l'excitation d'un seul des nerfs.

LEON FREDERICQ.

Action protectrice des vagues sur le cœur, par A. STEFANI (*Arch. ital. de biol., XXIII, p. 175*).

La mort du cœur par asphyxie a lieu plus promptement après la section des vagues (Traube, 1864; Dastre et Morat, 1884; Ch. Richet, 1894). L'auteur constate que les cavités du cœur se laissent distendre plus facilement par l'élévation de la pression artérielle, ce qui est une preuve d'épuisement. L'augmentation de la pression artérielle, comme l'asphyxie, excite les centres des vagues. Le vague serait le nerf trophique du cœur (comme les vaso-dilatateurs les nerfs trophiques des vaisseaux); il empêcherait la contraction du cœur en produisant en lui des phénomènes d'assimilation anaboliques; tandis que les nerfs moteurs excitent la contraction en déterminant un processus d'oxydation, de désassimilation, catabolique. On comprendrait ainsi l'action protectrice du vague sur le cœur, mieux que dans l'hypothèse de poisons spéciaux produits par la contraction du cœur et détruits par le sang oxygéné. DASTRE.

Ueber das Verhalten der Geschmacksknospen nach Durchschneidung des N. glossopharyngeus (Influence de la section du glossopharyngien sur les bourgeons gustatifs), par W. SANDMEYER (*Archiv für Physiol., p. 269, 1895*).

L'auteur constate, d'accord avec les résultats d'anciennes expériences (v. Vintschgau, Ranvier, Drasch) et contrairement à celle de Baginsky (1893), que la section du glosso-pharyngien provoque, au bout de trois à quatre semaines, chez le lapin, la destruction complète de tous les bourgeons gustatifs dans les papilles foliacées et circumvallées.

LEON FREDERICQ.

Die Physiologie des Trigeminus..... (La physiologie du trijumeau, d'après les recherches faites sur l'homme, après ablation du ganglion de Gasser), par KRAUSE (*Münch. med. Woch., nos 25, 26, 27, p. 577, 602 et 628, 1895*).

L'extirpation du ganglion de Gasser a pour conséquence l'anesthésie complète dans le territoire d'innervation des trois branches du trijumeau, et cette anesthésie porte sur les quatre modes de la sensibilité. Cependant, il faut noter que, là comme ailleurs, le territoire anesthésié tend à

diminuer avec le temps, et ce fait est dû à l'empiétement des nerfs qui entourent le territoire anesthésié; ce qui se produit d'autant plus aisément que la circulation sanguine y est meilleure. Ce fait a été prouvé dans certains cas où, avant l'extirpation du ganglion de Gasser, il y avait eu éradication des branches : dans ces cas, l'anesthésie n'a pas reparu par l'ablation du ganglion, ce qui prouve qu'il n'y avait pas eu reproduction de filets nerveux partant du tronc du trijumeau, mais que les nerfs partaient du plexus cervical. L'auteur n'a pu constater la survenance de troubles trophiques des muqueuses de la lèvre, de la langue, ni de la bouche, et la mastication n'était pas troublée. Quant à l'œil, il n'y a pas eu de trouble de la cornée, bien que l'humidité de la conjonctive ait été un peu diminuée; la tension du bulbe est restée normale. L'opération a paru sans influence sur les inflammations de la conjonctive ou des paupières préexistantes; ou bien les inflammations notées dans deux cas ont pu être rapportées, l'une à un empyème très infectieux du sac lacrymal, l'autre à une kératite prise pendant le voyage; mais le traitement habituel parvint à les maîtriser. Deux fois il y eut rétrécissement de la fente palpébrale du côté opéré. L'occlusion des paupières est restée normale. Le réflexe pupillaire est normal; une fois la pupille du côté opéré était plus large que l'autre. La sécrétion lacrymale est restée toujours diminuée. L'acuité visuelle est restée normale. L'audition n'a pas été troublée; une seule malade conserva un bruit de tic-tac qui n'existait pas avant et paraît devoir être attribué à la paralysie du muscle tenseur du tympan. Au sujet du goût, les résultats ont varié. La sécrétion salivaire ne fut jamais modifiée. L'olfaction s'est trouvée diminuée du côté opéré, grâce à la diminution de l'humidité de la narine correspondante, due à la diminution de la sécrétion lacrymale.

En raison de la section inévitable de la branche motrice du trijumeau, il existe, après l'ablation du ganglion de Gasser, des paralysies dans les muscles temporal, masseter (qui ne réagissent plus à l'électricité), ptérygoïdiens interne et externe, en sorte que la pression des dents est faible du côté opéré et que les mouvements de latéralité de la mâchoire ne se font qu'imparfaitement.

Dans les muscles innervés par le facial, il n'y a pas de paralysie, mais il existe des troubles moteurs dus à la perte de la sensibilité musculaire et des déviations des traits dues à la perte de la tonicité musculaire.

Des sensations subjectives ont été notées sur tous les malades; sensation de brûlure, de picotement en différents points du territoire anesthésié. Il n'y a pas eu de troubles généraux dans aucun des cas et notamment pas de modification des réflexes. C. LUZET.

I. — Sphygmomanomètre pour mesurer la pression du sang chez l'homme, par A. MOSSO (*Arch. ital. de biol.*, *XXIII*, *p. 177*).

II. — Expériences avec le sphygmomanomètre de Mosso pour mesurer les changements de la pression du sang, chez l'homme, produits par les excitations psychiques, par F. KIESOW (*Ibid.*, *p. 198*, *et Wundt Philos. Studien*, *XI*, *1*).

I. — Le sphygmomanomètre est l'instrument destiné à mesurer du dehors la pression du sang dans les artères de l'homme. Ch. Vierordt et Basch (1855-1876) en ont introduit un type mesurant la pression externe

qui empêche la circulation du sang dans une extrémité. L'instrument de Mosso est construit sur un autre principe. On cherche l'optimum de contre-pression pour lequel les oscillations du pouls sont maxima. Avec une pression considérable on éteint les pulsations ; avec une pression nulle ces oscillations sont faibles, dans l'intervalle il y a une pression pour laquelle elles sont maxima. C'est cette contre-pression que l'auteur prend pour valeur de la pression intra-vasculaire. Elle se mesure en enfermant les doigts annulaire et médius de chaque main dans des manchons métalliques pleins d'eau en communication avec un manomètre à mercure. On augmente la pression de l'eau jusqu'à ce que les oscillations de la colonne mercurielle, enregistrées, atteignent leur plus grande amplitude. Les indications ainsi obtenues sont inférieures à celles du sphygmomanomètre de Basch, pour des raisons faciles à apercevoir. Les tracés permettent également de constater l'existence d'oscillations respiratoires de la pression sanguine ; de même des ondulations périodiques analogues à celles que Traube a décrites. Les mouvements dans les vaisseaux sanguins de l'homme sont au nombre de trois : les ondes les plus grandes dépendant du centre vaso-moteur, et se répétant 6 à 7 fois par minute ; sur celles-ci des ondes plus petites, oscillatoires, respiratoires ; enfin les pulsations du cœur. La hauteur des pulsations dépend de l'état de tonicité des vaisseaux sanguins, et permet de se rendre compte des variations de cette tonicité. La position du corps modifie la pression sanguine qui est maxima dans la position verticale et minima dans la station horizontale. Le repos fait diminuer la pression et augmenter l'ampleur des pulsations : de même le sommeil et la chaleur. Le bain froid fait augmenter la pression de 70 à 110 millimètres. La gymnastique violente accroît la pression de 70 à 110 millimètres ; l'augmentation dure 15 minutes, puis la pression redevient normale ; de même le massage. Le café l'accroît également de 70 à 90 millimètres pour une heure environ.

II. — L'auteur s'est proposé d'étudier les variations de la pression sanguine produite par un changement de condition psychique. L'appareil ne fournit pas de courbes chez tous les sujets et à toute heure de la journée. Il semble qu'une augmentation de la pression se produise à mesure que la journée avance. Le sujet de l'expérience passe du repos du sommeil à une activité intellectuelle déterminée, telle que calcul mental, etc. Les changements de pression sont les plus grands chez les natures les plus impressionnables ou pour lesquelles l'opération proposée exige un travail plus inaccoutumé. Les changements observés, élévation puis abaissement, ne sont pas l'effet direct de l'activité intellectuelle, mais des émotions éprouvées et du sentiment qui les accompagne. Les sensations désagréables excitées par le goût de quelques substances en solution produisirent une diminution pléthymosgraphique et une augmentation de la hauteur de pression. La frayeur causée par la chute d'un poids amène une élévation de la courbe : un bruit désagréable produit une dilatation des vaisseaux avec abaissement de pression ; des dissonances eurent pour résultat une dilatation vasculaire sans changement de pression. Toutes les épreuves tentées amènent l'auteur à cette conviction que ce n'est ni l'effort intellectuel, ni l'attention soutenue, ni la sensation à elle seule, mais les sentiments et la perturbation psychique qui causent, chez l'homme, les changements dans la pression du sang. C'est le sentiment

désagréable plutôt que le sentiment de plaisir qui se manifeste ainsi.

DASTRE.

Contribution à l'étude de l'influence des courants indirects successifs sur la contractilité du cœur, par LAHOUSSE (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, n° 4, p. 477, 1895).

Le muscle strié du cœur, comme les autres, ne répond plus que par une contraction initiale (contraction de Bernstein) aux excitations électriques dès que celles-ci atteignent une certaine fréquence, variable en raison directe de leur intensité. Cette fréquence, pour le cœur, est bien moindre que pour les autres muscles. Contrairement aux autres muscles, le myocarde reste quelquefois totalement impassible aux excitations électriques qui se suivent trop rapidement. LEFLAIVE.

Die Entstehung der Geräusche in Herz und Gefässen (Sur l'origine des bruits du cœur et des vaisseaux et sur le nombre des bruits normaux du cœur), par R. GEIGEL (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXL, 2 et CXLI, 1).

Voici les résultats essentiels de R. Geigel sur l'origine des bruits de l'appareil vasculaire :

1° Les bruits de l'appareil circulatoire reconnaissent pour causes les vibrations transversales de la paroi vasculaire et principalement celles des valvules ;

2° Lors de la production des bruits du cœur, ce sont non seulement les valvules auriculo-ventriculaires et la paroi musculaire, mais encore les valvules semi-lunaires, qui entrent en vibration; tout le pourtour du ventricule, fermé de toutes parts, contribue, par ses vibrations, à former le premier bruit du cœur.

Qu'un orifice quelconque permette au sang de s'échapper au début de la systole, le premier bruit ne se produit plus, parce que les parois susceptibles de vibrer n'acquièrent pas simultanément la tension nécessaire. Ce n'est donc pas sur un point quelconque du ventricule que prend naissance le premier bruit du cœur, mais sur toute l'étendue de la paroi ventriculaire.

R. Geigel incline à penser qu'on ne devrait admettre qu'un seul bruit ventriculaire et non pas deux, c'est-à-dire un bruit pour chacun des ventricules ; ce qui porterait le nombre des bruits du cœur à 3 : 1 ventriculaire ou systolique et 2 diastoliques ; ces derniers sont indépendants, puisque l'un prend naissance à l'origine de l'aorte, et l'autre, sur l'artère pulmonaire. ÉD. RETTERER.

Hyperglobulie instantanée par stimulation périphérique, par Jules CHÉRON (*C. R. Acad. des Sciences*, 6 août 1895).

L'injection hypodermique de 5 centimètres cubes de sérum artificiel, la douche froide, l'étincelle électrique, et, d'une façon générale, toutes les stimulations portant sur une grande surface sensitive, déterminent, sur les sujets anémiés, une augmentation du nombre des hématies qui, en quelques minutes, passent du simple au double. Ce fait ne peut s'expliquer que par une forte augmentation de tonicité de parois vasculaires :

la capacité totale du système circulatoire diminue ; les parties liquides du sang, fortement comprimées, s'échappent dans les tissus périvasculaires, et les globules rouges apparaissent plus nombreux dans un espace donné. Il y a donc simplement concentration du sang, d'où, en apparence, hyperglobulie. L'auteur, poussant ces inductions à l'extrême, arrive jusqu'à penser que l'hyperglobulie n'est souvent elle-même qu'apparente, et qu'un grand nombre d'anémies pourraient n'être que des hydrémies consécutives à une sorte de parésie vasculaire. M. DUVAL.

Der Verschluss der Coronararterien ohne mechanische Verletzung (Occlusion des artères coronaires sans lésion mécanique), par W.-T. PORTER (*Centralbl. für Physiol., IX, p. 481*).

L'auteur introduit chez un chien à poitrine ouverte, un stylet de verre par le tronc innominé ou par la sous-clavière et pousse la pointe par l'aorte et le sinus antérieur gauche de Valsalva jusque dans l'orifice de l'artère coronaire gauche, de manière à produire l'anémie aiguë d'une partie du myocarde. Immédiatement la pression artérielle commence à baisser, les pulsations s'affaiblissent et s'espacent et le cœur augmente de volume. L'arrêt définitif du cœur survient en moins de trois minutes.

Si l'on désobstrue l'artère coronaire en retirant le stylet au bout d'une minute, avant que la mort du cœur ne soit définitive, les battements reprennent peu à peu leur force et leur rythme normaux. LÉON FREDERICQ.

Comparaison de l'échauffement qu'éprouvent les muscles dans les cas de travail positif et de travail négatif. Comparaison de l'énergie mise en œuvre par les muscles dans les cas de travail positif et de travail négatif correspondant, par A. CHAUVEAU (*C. R. Acad. des Sciences, 1er et 8 juillet 1895*).

Les expériences (sur le muscle biceps) montrent que le travail négatif effectué par les muscles les échauffe toujours moins que le travail positif, résultat qui peut surprendre au premier abord, puisque toute l'énergie mobilisée pour l'exécution du travail négatif se résout finalement en chaleur sensible, tandis que, avec le travail positif, une partie seulement de l'énergie qu'il met en jeu subit cette transformation, l'autre partie restant emmagasinée dans le travail mécanique accompli. Il faudrait donc penser que le travail négatif réclame l'emploi de moins d'énergie que le travail positif correspondant. C'est ce qui a lieu en effet, et l'auteur démontre facilement que le travail négatif met en œuvre moins d'énergie que le travail positif, parce que l'effort musculaire qu'exige celui-ci est plus considérable ; que, dans le cas de travail positif, le muscle emprunte l'énergie avec laquelle il crée son élasticité physiologique, essence même de la contraction, exclusivement aux processus chimiques qui deviennent alors plus actifs dans le tissu du muscle ; que, au contraire, dans le cas de travail négatif, une partie de cette énergie est fournie par le travail mécanique détruit. Ces propositions ne changent rien aux principes fondamentaux que l'auteur a précédemment établis, sur le mécanisme du travail musculaire ; elles mettent seulement au point quelques détails qui étaient restés indécis, faute de données précises sur la valeur de l'énergie originelle et du travail intérieur avec lesquels le muscle effectue le travail mécanique extérieur. M. DUVAL.

Influence de la fatigue musculaire sur la résistance des globules rouges du sang, par G. MANCA (*Arch. ital. de biol., XXIII, p. 317*).

L'auteur place, dans des tubes de verre en série, 5 centimètres cubes de solution de NaCl de 3 à 7 pour 1000, graduées; puis, dans chaque il laisse tomber une goutte de sang d'un animal (chien) fatigué ; on agite doucement ; on laisse reposer et on cherche la solution où l'on commence d'apercevoir une coloration dans le liquide, c'est-à-dire où les globules du sang commencent à être attaqués. On constate que la fatigue musculaire a une action sur l'altérabilité des globules rouges : cette altération ne va pas jusqu'à la sortie de l'hémoglobine, et conséquemment, l'hémoglobinurie, mais elle existe cependant. L'activité du muscle engendre des produits régressifs qui font varier la résistance des globules comme le font les très petites quantités d'acide ou d'alcali ajoutées au sang dans les expériences de Hamburger. DASTRE.

Recherches expérimentales sur la fatigue des muscles humains sous l'action des poisons nerveux, par C. ROSSI (*Arch. ital. de biol., XXIII, p. 49*).

On écrit le tracé normal de la fatigue volontaire des muscles fléchisseurs du doigt médius de la main droite et de la gauche avec un poids déterminé (45 kilos) et un rythme déterminé (2"). On répétait de 10 en 10 minutes, de manière à obtenir 7 tracés en une heure. Le lendemain, à jeun, dans les mêmes conditions, sauf absorption d'une substance déterminée, on reprenait 14 tracés que l'on comparait à ceux de la veille.

On constate ainsi que, parmi les médicaments employés, les uns augmentent le travail mécanique des muscles (hyperkinétiques) ; ce sont: l'alcool, l'absinthe, la caféine, l'atropine, le camphre, l'éther, la strychnine ; les autres (hypokinétiques), le diminuent ; ce sont : le bromure de potassium, le chloral, la duboisine, l'hyoscyamine, la morphine et l'opium.

DASTRE.

Influence du sucre sur le travail des muscles, par U. MOSSO et L. PAOLETTI (*Archives ital. de biol., XXI, p. 293*).

On opère à jeun (ou 2 heures au moins après le repas) en prenant de dix en dix minutes, au moyen de l'ergographe, la courbe de fatigue du doigt médius jusqu'à complet épuisement. On prend ensuite des doses diverses de sucre. On constate que les doses petites et moyennes (de 5 gr. à 60 gr.) développent dans le muscle fatigué la plus grande énergie. Avec les doses supérieures à 60 grammes, le travail diminue graduellement. Les doses moyennes fournissent le maximum de travail. Le degré de solution le plus favorable correspond à 6-10 fois plus d'eau que de sucre. L'amélioration du muscle commence 10 minutes après l'ingestion ; elle est à son summum 40 minutes après, environ, pour les doses moyennes. Les auteurs conseillent l'eau sucrée aux coureurs, soldats, vélocipédistes, alpinistes. DASTRE.

Zur Lehre von der Lymphbildung (Formation de la lymphe), par H.-J. HAMBURGER (*Archiv f. Physiol.*, *p. 363*, *1895*).

Hamburger (*Zeit. f. Biologie*, 1893) a publié une série d'expériences favorables à la doctrine mise en avant par Heidenhain de l'intervention active des cellules de l'endothélium des vaisseaux sanguins dans la formation de la lymphe. Cette doctrine de la sécrétion de la lymphe a été combattue par Starling. Hamburger répond aux critiques de Starling.

Il montre que la quantité de lymphe fournie chez le cheval par le tronc lymphatique cervical augmente lorsque l'animal exécute des mouvements du tronc et des membres, la tête restant immobile. Dans ce cas la pression baisse dans les carotides, elle baisse également dans les veines jugulaires et, par conséquent dans les capillaires. L'augmentation de lymphe n'est donc pas conciliable avec l'hypothèse de la filtration.

Chez le même animal qui travaille du tronc, mais dont la tête est immobile, la lymphe de la tête devient plus alcaline quoique l'alcalinité du plasma sanguin ait diminué.

La lymphe présente souvent un pouvoir osmotique supérieur à celui du plasma sanguin. L'excès de sels peut, dans ce cas, provenir des tissus, dit Starling. Mais où les tissus puiseraient-ils les sels nécessaires? répond Hamburger. Quant aux substances organiques provenant des processus métaboliques des cellules, ces substances ne peuvent guère intervenir pour augmenter le pouvoir osmotique du sérum, qui dépend avant tout des sels du sérum. LÉON FREDERICQ.

L'action toxique de la lymphe et du sang, par G. PAGANO (*Archives ital. de biol.*, *XXII*, *p. 108*).

L'auteur prend de la lymphe de chien et l'injecte dans les vaisseaux ou le péritoine de lapins. La lymphe est toxique, mais moins que le sang : 12 à 15 cent. de sérum équivalent à 8 cent. de sang. Le pouvoir toxique de la lymphe est aboli par le chauffage à 50°-65° pendant 30 minutes. Le sérum de lymphe conserve les globules rouges que le sérum de sang détruit. La toxicité de la lymphe peut augmenter à l'état pathologique et atteindre celle du sang. En fait, le sérum de lymphe entretient, mieux encore que le sérum de sang, l'activité du cœur de grenouille extirpé.

La cause de la mort des lapins transfusés avec le sang ou la lymphe de chien serait la coagulation et, conséquemment, l'asphyxie ; elle n'est pas due, en tous cas, à la destruction des globules, puisque la lymphe tue de même sans détruire les globules. Le plasma sanguin n'est pas identique au plasma lymphatique. DASTRE.

Zur Kenntniss der interstitiellen Resorption wasserlöslichen Substanzen (Sur la résorption interstitielle de substances solubles dans l'eau), par Imm. MUNK (*Arch. f. Physiol.*, *p. 367*, *1895*).

Les convulsions se montrent chez le lapin (poids 1,5 à 1,8 kilogr.), à la suite d'une injection de 0,7 à 1 milligramme de strychnine, faite sous la peau de la tête. Cette strychnine est résorbée en totalité ou en majeure partie par la voie des capillaires sanguins, car la section préalable du

tronc lymphatique du cou, qui empêche l'arrivée de la lymphe dans le sang, est sans action marquée sur la dose convulsivante de strychnine. Cette lymphe ne renferme, d'ailleurs, pas de strychnine. LEON FREDERICQ.

I. — Ueber die Regelung der osmotischen Spannkraft..... (Régulation de la pression osmotique des liquides des cavités péritonéale et péricardique; sur la théorie de la résorption, par H.-J. HAMBURGER (*Archiv f. Physiol., p. 280, 1895*).

II. — Ueber die Resorption aus der Peritonealhöhle (Résorption à la surface de la cavité péritonéale), par W. COHNSTEIN (*Centralbl. f. Physiol., IX, p. 401*).

III. — Ueber Resorption aus der Peritonealhöhle, par H.-J. HAMBURGER (*Ibidem, p. 484*).

I. — Les liquides séreux (sérum, liquide d'ascite) et les solutions salines ou sucrées que l'on introduit dans la cavité péritonéale sont résorbés, sans changement de leur pouvoir osmotique, s'il est le même que celui du plasma du sang de l'animal. Si ce pouvoir du liquide osmotique n'est pas le même, il ne tarde pas à le devenir et à rester isotonique au plasma sanguin jusqu'à la fin de la résorption (expériences faites chez le lapin et chez le chien).

Il peut y avoir un échange de constituants entre le liquide injecté dans le péritoine et le plasma sanguin, pendant le séjour du liquide dans l'abdomen. Si l'on introduit dans le péritoine une solution de Na_2SO_4 isotonique dn plasma sanguin, on verra qu'au bout de peu de temps cette solution a emprunté du chlorure et du phosphate de sodium ainsi que de l'albumine au plasma sanguin, son pouvoir osmotique restant le même.

La ligature du canal thoracique n'a pas d'influence marquée sur la résorption, ce qui indique que ce sont bien les capillaires sanguins qui jouent ici le rôle principal. Une autre preuve de ce rôle est fournie par le fait que la suppression de la sécrétion rénale, par ligature des artères rénales, amène un trouble notable dans l'établissement de l'équilibre osmotique et de la résorption des liquides injectés dans le péritoine.

La pression osmotique ne peut expliquer l'absorption par le sang de liquides isotoniques ou hyperisotoniques par rapport au plasma sanguin. L'auteur montre qu'il ne s'agit pas d'une action vitale du revêtement épithélial de la surface péritonéale, attendu que les phénomènes de régulation de pression osmotique et de résorption ne sont pas troublés par la mortification de la surface du péritoine par des agents chimiques (fluorure de sodium, acide chlorhydrique) ou par des brûlures. De plus, on les observe encore sur le cadavre, plus de 24 heures après la mort.

L'auteur admet que l'imbibition moléculaire et capillaire suffit à expliquer dans ces cas les phénomènes.

II. — Cohnstein admet comme établi par les travaux de Orlow, Starling et Tubby, Asher, Hamburger, etc., que les liquides contenant des substances étrangères ou présentant un pouvoir osmotique différent de celui du sérum, peuvent être résorbés à la surface péritonéale par la voie de capillaires sanguins.

Il n'en serait plus ainsi pour les liquides présentant le même pouvoir osmotique (liquides isotoniques, par exemple solution de NaCl à 0,6 à

0,7 0/0) que le sérum. L'auteur cherche à démontrer que ces liquides sont résorbés par les voies lymphatiques et non par la voie des capillaires sanguins.

Il a constaté, en effet, que l'introduction d'une quantité notable de solution isotonique de NaCl dans le péritoine ne provoque pas la dilution du sang et n'augmente pas la quantité d'urine sécrétée, exagère au contraire la quantité de lymphe qui s'écoule par une fistule du canal thoracique et rend cette lymphe plus aqueuse. Si l'on a ajouté des granules de carmin à la solution péritonéale, on les retrouve dans la lymphe du canal thoracique, mais non dans le sérum ni dans l'urine.

III. — Pour Hamburger, les expériences de Cohnstein (*Centr. f. Physiol.*, IX, p. 401) ne prouvent nullement que les liquides isotoniques soient absorbés par la voie lymphatique.

Et d'abord les solutions employées par Cohnstein n'étaient pas isotoniques avec le sérum sanguin. Lorsqu'il s'agit de sang de mammifères, il faut une solution à 0,9 0/0 (et non 0,6 0/0) de NaCl, pour qu'il y ait isotonie.

La dilution de la lymphe du canal thoracique et sa légère augmentation de volume se concilient parfaitement avec l'absorption par la voie des capillaires sanguins : dans ce dernier cas, en effet, la masse du sang augmente ainsi que sa dilution, d'où possibilité de la formation aux dépens du sang d'une lymphe plus abondante et plus aqueuse.

Le peu d'importance de l'augmentation de la lymphe montre que l'absorption par la voie lymphatique est peu de chose. Hamburger fait remarquer que la totalité de la lymphe recueillie dans les expériences de Cohnstein, dont une portion notable provient d'autres sources que la résorption à la surface du péritoine, présente un volume beaucoup moindre que celui du liquide péritonéal absorbé pendant le même temps. Si l'on recueille 45 centimètres cubes de lymphe en 3 heures, alors que 200 centimètres cubes ont disparu de la cavité péritonéale pendant le même temps, il est clair que la plus grande partie de ces 200 centimètres cubes de solution isotonique ont pénétré dans le torrent circulatoire par une voie autre que celle des lymphatiques, c'est-à-dire par les capillaires sanguins. LEON FREDERICQ.

Sur le mécanisme de la transformation du glycogène en glycose dans l'organisme, par E. CAVAZZANI (*Arch. ital. de biol., XXIII, p. 139*).

On explique par deux hypothèses différentes la transformation du glycogène hépatique en sucre : 1° par l'action d'une diastase hépatique; 2° par l'action vitale du protoplasma cellulaire (Dastre). L'auteur exalte la production du sucre en excitant le plexus cœliaque : avant et après l'excitation, il recueille le sang sus-hépatique et il en essaye le pouvoir saccharificateur (en appréciant combien de glucose est formé dans l'un et l'autre cas par l'action de ce sang sur l'amidon). L'expérience aurait prouvé que ces quantités sont égales. Ainsi, il y a plus de sucre dans le sang afférent du foie, mais il n'y a pas plus de ferment. Même recherche en ce qui concerne le tissu hépatique. Le pouvoir saccharifiant du tissu hépatique est presque insignifiant et n'est pas augmenté d'ailleurs lorsque

l'on excite le plexus cœliaque. L'activité diastasique du foie reste donc tout à fait douteuse.

Le foie des fœtus contient très peu de glycose (Moriggia, Butte); il ne contient pas d'hémodiastase, faits qui peuvent s'interpréter en ce sens qu'il n'y a pas d'activité diastasique propre au foie, comme il n'y a pas d'activité hépatique complète. L'auteur pense que la cellule hépatique transforme directement le glycogène en glycose, et inversement.

DASTRE.

I. — Sur la température du foie, par E. CAVAZZANI (*Arch. ital. de biol., XXIII, p. 13*).

II. — Observations sur la température du parenchyme hépatique et du sang durant la circulation artificielle, par le même (*Ibid., p. 25*).

I.—Le foie est le centre organique le plus chaud (Cl. Bernard). Le fait a été vérifié par Heidenhain, Jacobson, Leyden. Il influe sur le réchauffement automatique de la marmotte (R. Dubois). L'auteur a étudié, au moyen du thermomètre Baudin, les températures du foie, du sang, de la vessie et du rectum chez des animaux soumis à différents poisons. On prenait la température hépatique en incisant les parois abdominales et la capsule de Glisson et en poussant le bulbe du thermomètre (centésimal ou à un maximum) dans le parenchyme. Le foie a la même température que le sang sus-hépatique. L'introduction du thermomètre ne trouble pas sensiblement la température de l'organe. Cette température est constamment supérieure à celle du sang artériel (0°35 en moyenne); cette différence se conserve toujours, avec quelques oscillations, aussi bien quand la température générale s'abaisse que quand elle s'élève.

Le foie n'a cependant pas, d'après l'auteur, une température supérieure à celle des autres organes bien protégés. Il y a des moments où le foie est moins chaud que le rectum, la vessie et le cerveau : c'est chez des animaux immobilisés où la température va s'abaissant et non chez l'animal en conditions normales. Cela tient à ce que le sang se refroidissant refroidit aussi le foie plus vite que les autres organes. Des excitations du pneumogastrique et des sections ont montré des modifications dans la température hépatique (production ou dispersion). Les injections de bile, de laudanum, de cocaïne, élèvent la température du foie; le curare et le chloral l'abaissent.

II.—On fait une circulation artificielle de sang défibriné (de la veine porte à la veine cave), dans le foie d'un chien sacrifié, en place ou extrait du corps et plongeant dans un bain à 37°. On détermine les températures du sang à son entrée, à sa sortie et la température de l'organe. L'expérience n'a de valeur que si l'on réalise l'égalité de température de l'organe, du bain et du sang affluent, condition extrêmement difficile à remplir. Les expériences concordent pour démontrer l'augmentation de température du tissu hépatique et du sang injecté dans les vaisseaux pendant la circulation artificielle. La bile, la cocaïne exagèrent cette augmentation, dans la circulation artificielle comme dans la circulation normale. La température du sang est tantôt supérieure et tantôt inférieure à celle du parenchyme.

DASTRE.

Ueber den Einfluss der Fette auf die Ausnützung der Eiweissstoffe, par R. LAAS (*Zeitsch. f. physiol. Chemie*, *XX*, *et Hyg. Rundsch.*, *V*, *n° 11*, *p. 514*).

D'expériences faites sur une chienne, Laas conclut que l'adjonction de graisse au régime azoté favorise l'assimilation de l'albumine dans l'organisme, mais qu'il n'y a pas diminution correspondante de son processus de décomposition dans l'intestin et que, partant, le dédoublement des albuminoïdes effectué dans le tube digestif par le pancréas et la putréfaction, dédoublement qui soustrait à l'assimilation une partie de l'albumine dans l'alimentation carnée, n'éprouve aucune atténuation du fait qu'on ajoute de la graisse à la viande. J. B.

Sull tessuto adiposo (Sur le tissu adipeux), par STUDIATI et DADDI (*Lo Sperimentale, sezione biol.*, *p. 223*, *1895*).

De leurs expériences, les auteurs concluent que le travail continuel du tissu graisseux est le suivant : dans la période digestive, il reçoit par le sang les substances grasses des aliments; dans la période intermédiaire, il cède, au contraire, au sang les matières grasses à utiliser par les appareils organiques, pour la production de la chaleur et du travail musculaire. En outre, le tissu adipeux contient les substances qui proviennent de la transformation des hydrates de carbone et peut-être aussi de la décomposition de la molécule albumineuse. C'est, en somme, un entrepôt des matières grasses. C. LUZET.

Sur les altérations du système nerveux dans l'inanition, par A. MONTI (*Riforma med.*, *5 et 6 août 1895*).

On a décrit des lésions des différents organes dans l'inanition, mais on a toujours admis, jusqu'à présent, que le système nerveux central reste intact et que son intégrité matérielle se maintient comme son intégrité fonctionnelle.

Des recherches faites par Monti sur des lapins soumis à un jeûne prolongé, il résulte que l'inanition amène à sa suite de profondes altérations nutritives du système nerveux central; elles portent sur les prolongements protoplasmiques et sur le corps de la cellule nerveuse et consistent en une atrophie variqueuse; les cellules dégénèrent en perdant l'aspect d'éléments adultes pour revenir à l'état fœtal. G. LYON.

Ueber die Wirkung der Wasserentziehung auf Thiere (L'effet de la soustraction de l'eau aux animaux), par PERNICE et SCAGLIOSI (*Archiv für path. Anat.*, *CXXXIX*, *1*).

Un chien, privé d'eau, périt au bout du onzième jour, après avoir perdu 24,25 0/0 du poids de son corps. Des poules, privées d'eau, continuèrent à manger du maïs jusqu'au huitième ou dixième jour, époque à laquelle elles moururent.

L'examen microscopique montra une infiltration de petites cellules dans le tissu conjonctif, des hémorragies dans les muscles du squelette, de la langue et du cœur, dans le poumon, le rein, le système nerveux, etc.

Les cellules de ces tissus présentaient des caractères qui indiquaient l'atrophie de leur noyau et de leur protoplasma. ÉD. RETTERER.

Recherches expérimentales sur l'hérédité, par CHARRIN et GLEY (*Archives de physiol., janvier 1895*).

Ces recherches poursuivies depuis plusieurs années établissent que des poisons microbiens peuvent imprégner les générateurs, de façon à provoquer des modifications diverses du côté de la descendance, nanisme, immunité, etc.; ces modifications ne sont pas constantes ; elles sont tout à fait exceptionnelles, si le père seul a été influencé.

D'autre part, ces travaux prouvent que des corps chimiques sont capables d'intervenir aussi bien que des facteurs physiques. A. C.

Das motorisch Verhalten des Verdauungscanales Inductionsströmen gegenüber (Mouvements du tube digestif provoqués par les chocs d'induction), par S.-J. MELTZER (*Centralbl. f. Physiol., IX, p. 321*).

Appliqués à l'extérieur de l'estomac du chien ou du lapin les chocs d'induction sont sans effet sur la moitié gauche de l'organe, tandis qu'ils provoquent du côté droit une contraction permanente, localisée autour de chacune des électrodes, présentant une période latente de deux secondes, mais persistant vingt à vingt-cinq minutes après la cessation de l'excitation. Si les électrodes sont fort éloignées, la portion intermédiaire d'estomac reste au repos. Les mêmes chocs d'induction appliqués à l'intérieur de l'estomac, à la surface de la muqueuse, sont sans effet ; pour provoquer ici de légères contractions il faut employer des courants fort intenses. Il en est de même si l'une des électrodes appuie sur la muqueuse et si l'autre est appliquée à l'extérieur de l'estomac sur la séreuse.

Pour l'intestin, on constate également une grande résistance au passage du courant offerte par la muqueuse, tandis que l'application des électrodes à la surface séreuse produit facilement une contraction circulaire comprenant tout le bout d'intestin situé entre les électrodes et dépassant même celles-ci à condition que leur distance ne dépasse pas 8 à 10 centimètres. Pour une distance plus grande on observe des contractions permanentes localisées au niveau des deux électrodes, avec relâchement des portions intermédiaires d'intestin.

Si l'une des électrodes est appliquée à la surface interne du rectum, de l'intestin ou de l'estomac et si l'autre est appliquée à l'extérieur de l'intestin, il se produit seulement une contraction au niveau de l'électrode extérieure. De même on observe une contraction au niveau de l'électrode extérieure appliquée à la surface péritonéale de l'estomac alors que l'autre électrode touche l'intérieur de l'intestin, tandis qu'il n'y a pas de contraction si la seconde électrode touche l'intérieur de l'estomac. Si l'une des électrodes est appliquée à l'intérieur de l'estomac et l'autre à l'intérieur de l'intestin, on n'observe aucun effet de contraction, quoique la masse intestinale puisse dans ce cas être traversée par un courant intense.

La résistance opposée par la muqueuse stomacale au passage du courant peut être constatée sur des fragments isolés de muqueuse.

En thérapeutique, on cherche souvent à électriser l'intestin soit en

plaçant les deux électrodes à l'extérieur sur la peau, soit en plaçant une électrode dans l'estomac et dans le rectum et l'autre à la surface de la peau. Si l'on cherche à réaliser ces conditions d'excitation chez le chien, on ne constate pas de contraction de l'estomac ni des intestins. Le courant électrique n'arrive pas à traverser ces organes. LÉON FREDERICQ.

Expériences ultérieures sur la glande pituitaire, par G. VASSALE et E. SACCHI (*Arch. ital. de biol., XXII, p. 133*).

Les auteurs avaient conclu de leurs premières recherches que la destruction totale de l'hypophyse a, chez le chien et le chat, une issue mortelle en moins de 14 jours, avec symptôme caractéristique : hypothermie. Les injections sous-cutanées de suc hypophysaire remontent la température et améliorent l'état général. La même chose s'observe dans la cachexie strumiprive, dans le myxœdème spontané ou opératoire lorsqu'on injecte le suc thyroïdien.

La destruction partielle de la glande pituitaire est compatible avec la vie de l'animal (au moins pendant plus d'une année.) Elle produit pourtant les symptômes atténués de la destruction totale, anorexie, abattement, affaissement du train postérieur, contractions fibrillaires, secousses musculaires, abaissement thermique. Ces phénomènes vont en diminuant. Il est vraisemblable que l'hypophyse, comme la thyroïde, sécrète un produit spécial, nécessaire à l'économie. DASTRE.

Sur une théorie physique de la perception des couleurs, par G. DARZENS (*C. R. Acad. des Sciences, 8 juillet 1895*).

Cette théorie très séduisante et à laquelle est certainement réservé un grand avenir, a pour point de départ ce fait qu'un rayon lumineux, après avoir traversé les différentes couches de la rétine, se réfléchit sur la couche pigmentaire, et vient interférer avec le rayon incident. Il en résulte qu'il doit y avoir, en avant de la couche pigmentaire, dans l'épaisseur même de la rétine, un système d'ondes stationnaires diversement distantes, comme dans les expériences de Lippmann sur la photographie des couleurs. Or les bâtonnets étant constitués par des fibrilles parallèles et de longueurs égales, toutes ces fibrilles sont excitées quelle que soit la longueur d'onde de la lumière incidente ; aussi les bâtonnets ne donnent-ils que des impressions de lumière et non de couleur. Les cônes, au contraire, étant constitués par des fibrilles d'inégale longueur, seront excités différemment suivant cette longueur d'onde ; ils donneront donc des impressions de couleur. L'auteur montre, par divers exemples, que cette théorie explique tous les faits expérimentaux connus, et qu'elle peut se mettre d'accord avec l'hypothèse de Young et Helmholtz, car il suffit d'admettre que les fibrilles des cônes se partagent, d'après leur longueur, en trois groupes allant se rendre à trois centres de perception différents. M. DUVAL.

I. — Sur les effets des lésions portées sur l'organe de l'ouïe, par G. FANO et G. MASINI (*Arch. ital de biol., XXI, p. 302*).

II. — Sur les rapports fonctionnels entre l'appareil auditif et le centre respiratoire, par les mêmes (*Ibid., p. 309*).

I. — Voici les conclusions de ce travail : les lésions de l'équilibre et du mouvement à la suite de l'extirpation des canaux semi-circulaires ne sont pas en rapport avec leur orientation. Le rameau cochléen de l'acoustique et le rameau vestibulaire servent à l'audition ; les lésions de l'appareil terminal de l'un et l'autre entraînent une diminution de la capacité de mouvement et d'équilibre. Le limaçon a plus d'importance pour l'audition ; les canaux semi-circulaires troublent plus l'équilibre et le mouvement.

L'extirpation du limaçon atténue les troubles produits par la destruction des canaux ; l'ablation complète met l'animal en meilleures conditions. C'est pour cela que, chez les vertébrés inférieurs, l'extirpation des canaux n'est pas suivie de troubles notables, les canaux formant presque tout l'organe.

Si l'extirpation du limaçon atténue l'effet des lésions des canaux, c'est que ces troubles ne sont dus ni à l'excitation, ni à la faiblesse, ni à la dégénérescence, mais qu'ils résultent de sensations anormales reçues par le centre nerveux après lésion partielle de l'ouïe. Les phénomènes persistent après l'ablation totale, parce que le tronc du nerf acoustique est impressionnable.

L'organe de l'ouïe, comme les autres organes des sens, contribue à la tonicité fonctionnelle des centres nerveux, et conséquemment, du système musculaire. Après ablation des canaux, l'organe ne fournit plus que des impressions déformées, incomplètes, douloureuses, sans rapport avec l'impression normale. Celles-ci causent des phénomènes neurasthéniques, analogues à ceux que causent d'autres excitations centripètes anormales : vertige stomacal du catarrhe gastrique, vertige des uretères (Erlenmeyer), vertige laryngien (Charcot). Seulement, ici, le tableau se trouve être celui de l'ablation du cervelet, atonie, asthénie, astasie neuro-musculaire.

La destruction du limaçon, qui atténue les troubles de l'ablation des canaux, ne change rien à ceux produits par l'ablation du cervelet.

Les fonctions psychiques interviennent peu : ce sont des réflexes bulbo-spinaux anormaux qui se produisent et non des vertiges proprement dits. Les impulsions venues au bulbe par la huitième paire contribuent plus ou moins à coordonner les mouvements par action réflexe, en état normal, si l'organe de l'ouïe est blessé, ces impulsions, mal formées, troublent le réflexe, et, s'ils s'irradient à la sphère de la conscience, produisent le vertige. Les impressions n'en seraient pas moins auditives et le nerf acoustique ne contiendrait pas nécessairement de fibres spéciales à fonction particulière.

II. — Les auteurs ont soutenu que les désordres moteurs produits par la lésion partielle de l'oreille interne, sont dûs à des impulsions centripètes anormales venant troubler les centres bulbaires et pouvant, d'ailleurs, s'irradier jusqu'aux hémisphères. Parmi ces centres bulbaires, ils examinent le centre respiratoire et ses réactions normales aux stimulations acoustiques, c'est-à-dire, en somme, les rapports du centre respiratoire avec le centre acoustique bulbaire. Voici les conclusions : 1° la destruc-

tion des canaux semi-circulaires, chez le pigeon, produit un effet analogue à la vagotomie; ralentissement de la respiration de 10 à 4; accroissement de l'amplitude de 1 à 2: la ventilation restant la même. Cet état de choses persiste en s'atténuant un peu (11 mois). C'est là un phénomène d'irritation et aussi de paralysie; 2° l'ablation du limaçon produit les mêmes effets, mais moins marqués; le limaçon agit donc sur le centre respiratoire; 3° si l'on provoque une excitation auditive chez l'animal sans canaux, il se produit, comme chez l'animal normal, une accélération et une augmentation d'amplitude respiratoire. Le limaçon subsistant a donc une influence positive, excitatrice. Au contraire, chez l'animal sans limaçon, l'excitation auditive provoque un arrêt en inspiration forcée. Les canaux semi-circulaires donnent donc aux impressions acoustiques une réaction respiratoire inhibitoire; 4° la destruction du limaçon, après celle des canaux, atténue les effets de celle-ci : les mouvements tendent à redevenir physiologiques; 5° dans ce cas, il y a encore réaction aux sons, ce qui prouve l'excitabilité acoustique du tronc auditif; et cette réaction est de même nature que chez l'animal normal; 6° le rythme respiratoire fournit un signe très sensible de l'excitabilité acousque de l'animal. Et, comme conclusions plus générales, étendues à tous les centres bulbaires, les auteurs déclarent que : 1° Les lésions partielles ou totales de l'oreille interne troublent d'une façon permanente la fonction des centres bulbaires; 2° Les troubles les plus notables suivent les lésions partielles; 3° L'intensité des troubles correspond à l'intensité des désordres d'équilibre et de motilité. DASTRE.

CHIMIE MÉDICALE.

L'urée dans le sang du fœtus, par E. CAVAZZANI et S. LEVI (*Arch. ital. de biol., XXIII, p. 133*).

L'urée se trouverait, dans le sang fœtal, en proportion de 0,285 0/00. Il n'y a pas correspondance entre les quantités d'urée du sang maternel et du sang fœtal, non plus qu'entre les quantités de sucre, plus abondant dans le sang maternel. Il résulterait de là que les composants solubles et dialysables du sang ne passent pas de la mère au fœtus d'après les lois de l'osmose, mais d'après l'activité spécifique des cellules interposées. Le sang fœtal et du nouveau-né n'a point d'hémodiastase. DASTRE.

Ueber die Wirkung des in mütterlichen Blut..... (De l'action de l'urée accumulée dans le sang maternel sur l'utérus et le fœtus), par FEIS (*Archiv f. Gyn., XLVI, 1*).

Feis s'est efforcé de résoudre la question des effets de l'urée sur l'utérus et le fœtus en expérimentant sur des lapines pleines. Il injecte de l'urée sous la peau et dans les veines de l'animal : le résultat prouve que l'urée introduite en quantité pathologique dans le sang maternel n'excite pas les contractions utérines. Ce fait n'infirme pourtant pas la théorie qui attribue la cause du travail aux produits de désassimilation du fœtus.

Dans une seconde série d'expériences, l'auteur démontre que l'urée agit sur l'embryon comme un poison auquel il ne peut résister aussi longtemps que sa mère; il a toujours pu retrouver de l'urée à dose pathologique dans les tissus du fœtus mort. On sait que dans l'éclampsie, 50 0/0 des enfants succombent, et on attribue généralement cette mortalité à l'asphyxie produite par les attaques d'éclampsie. Les recherches de Feis semblent établir que la mort du fœtus dans l'éclampsie avec albuminurie peut être due aux effets toxiques déterminés par les éléments de l'urine retenus dans le sang. CH. MAYGRIER.

Ueber den Chlor- und Phosphorgehalt..... (Sur la quantité de chlore et de phosphore qu'on trouve dans le sang des cancéreux), par W. v. MORACZEWSKI (*Archiv f. pathol. Anat., CXXXIX, 3*).

Moraczewski a fait une série de recherches pour déterminer la quantité de chlore et de phosphore contenue dans le sang des cancéreux et des sujets anémiés. Voici les résultats principaux de ce travail.

Dans le sang des cancéreux, on observe une diminution du phosphore, mais elle est la même dans toute anémie. Dans tous les cas d'anémie, provoqués soit par le cancer soit par la chlorose, le phosphate du sang tombe au chiffre 0,07 ou 0,04, alors que la proportion normale est de 0,1 pour 100 centimètres cubes de sang frais. Quant au chlore, il est d'autant plus abondant que le phosphore diminue davantage.

L'azote permet de faire un diagnostic différentiel entre la chlorose et le cancer : le sang du cancéreux renferme 16 0/0 d'azote, tandis que le sang des chlorotiques n'arrive pas à ce chiffre.

ÉD. RETTERER.

Ueber Hämochromatose, par K. HINTZE (*Archiv f. path. Anat., CXXXIX, 3*).

Hintze décrit avec soin une série de cas pathologiques présentant une coloration anormale des organes. Cet état porte le nom d'hématochromatose. Les pigments que l'on rencontre doivent être divisés en un groupe renfermant du fer et un autre qui est dépourvu de ce métal.

En ce qui concerne le pigment qui renferme du fer ou hémosidérine, son origine est la suivante : il provient du sang et résulte de la décomposition des globules rouges. Tantôt c'est le fait d'hémorragies, tantôt l'hémoglobine sort des globules rouges dans l'intérieur des vaisseaux sanguins. Comme on rencontre ce pigment dans l'intimité des tissus, dans les glandes et les cellules épithéliales, il est très probable qu'il y a

été apporté par les courants sanguin et lymphatique, ou bien par les globules blancs.

Quant à l'origine du pigment dépourvu de fer ou hémofuscine, on ne la connaît guère.

Hintze a trouvé l'hémofuscine : 1° dans le tissu conjonctif (cellules conjonctives des parois vasculaires), principalement dans le foie, la rate ; 2 dans l'épithélium des glandes salivaires, du foie, de l'hypophyse ; 3° dans les fibres musculaires lisses ; 4° dans les fibres striées du cœur. Comme, d'autre part, il coexiste souvent de l'hémosidérine ou bien qu'on se trouve en présence d'anciennes hémorragies, l'hémofuscine peut parfaitement dériver, de même que l'hémosidérine, de l'hémoglobine des globules rouges. Ce fait est d'autant plus probable que Hintze a vu les grains de ces deux pigments, les uns à côté des autres, dans la même cellule et dans la même fibre. Les expériences de Lubarsch ont montré d'ailleurs que la fibre musculaire lisse est capable de transformer l'hémoglobine des exsudats en hémofuscine.

En résumé, l'hémofuscine des cellules conjonctives et épithéliales dérive de l'hémosidérine ; le protoplasma des cellules musculaires lisses, et peut-être celui des fibres musculaires du cœur, peut élaborer de l'hémofuscine aux dépens de l'hémoglobine. ÉD. RETTERER.

Contributo allo studio del ricambio materiale della clorosi; ricerche urologiche par G. SETTI (*Rev. veneta di Scienze med., XXIII, 1895*).

Le chiffre journalier absolu des phosphates, des sulfates, de l'acide urique, de l'urée, de l'azote total est, dans tous les cas de chlorose, de beaucoup inférieur à la moyenne normale, celui des chlorures est normal, celui de l'ammoniaque parfois supérieur à la normale ; l'acidité des urines est en général normale ; le chiffre des éthers sulfuriques et des phénols est en général normal ; les oxacides aromatiques, l'indican, l'acétone sont plus manifestes qu'à l'état normal, mais ne sont pas en grande quantité ; la proportion centésimale de l'azote de l'urée dépassait dans 6 cas sur 8 le maximum normal ; celle de l'azote de l'acide urique était dans les limites physiologiques. On peut donc conclure que les échanges nutritifs sont manifestement diminués, que les processus de fermentation et de putréfaction intestinale ne sont pas supérieurs à ceux qui se produisent dans les conditions normales. GEORGES THIBIERGE.

Ueber den Eisengehalt..... (De la teneur en fer de différents organes dans les états anémiques), par STRUHLEN (*Deut. Arch. f. klin. Med., LIV, p. 248*).

Étudiant les organes au microscope, en les traitant par le sulfhydrate d'ammoniaque et le ferrocyanure de potassium, il a trouvé, dans les anémies graves, particulièrement dans l'anémie pernicieuse typique, un dépôt de fer dans le foie, la rate, souvent même dans les reins, quelquefois dans la moelle des os. Dans les anémies dues à des pertes répétées de sang et de liquides, les organes présentent très faiblement la réaction du fer, ce qui indique que dans le premier cas il se produit une destruction anormale des globules rouges, non compensée par la rénovation sanguine trop lente ; dans le second cas, tout le fer déposé dans les

organes a été employé pour la régénération. Dans les cas à pathogénie mixte, les autopsies donnent des résultats moins caractéristiques.

C. LUZET.

Ueber Acetonurie nach der Narkose, par E. BECKER (*Archiv für pathol. Anat.*, *CXL*, *1*).

La chloroformisation et la narcose, en général, produisent, dans l'organisme normal, de l'acétonurie ; si le sujet est déjà atteint d'acétonurie, elle en augmente notablement les proportions. Elle dure quelques heures et même plusieurs jours. L'acétonurie ainsi produite est un symptôme du dédoublement actif des principes albuminoïdes du corps.

Tels sont les résultats cliniques de ce travail, complété par l'indication détaillée d'un procédé nouveau pour déterminer la quantité d'acétone dans l'urine. Ce procédé est dû à E. Parlato. ÉD. RETTERER.

Sul valore del dosamento dell' albumine nei transudati e negli essudati e sulle variazioni quantitative ad intervalli più o meno lunghi, o spontanee, o consecutive a cura di ioduro de potassio, par G. LIPARI (*Il Morgagni*, *p. 135*, *février 1895*).

Dans les exsudats, même lorsqu'on ne peut par le microscope déterminer de caractères certains, la constatation d'une proportion relativement grande d'albumine, soit plus de 20 à 25 0/00, est un signe de la nature inflammatoire de l'exsudat.

Les variations quantitatives de l'albumine dans les épanchements péritonéaux de la cirrhose hépatique diminuent à mesure qu'on répète les ponctions. La proportion d'albumine dépend non seulement de la quantité de liquide épanché, mais encore de la période de la maladie.

Les variations quantitatives de l'albumine sont plus grandes dans les épanchements non inflammatoires.

Dans un cas de pleurésie séro-fibrineuse, l'usage interne de l'iodure de potassium provoqua une diminution notable de l'albumine et une résorption rapide de l'exsudat.

Dans un cas d'épanchement péritonéal et d'œdème mobile chez un sujet atteint de néphrite, la proportion centésimale d'albumine contenue dans l'urine présenta des variations qui pouvaient se lier à l'augmentation et à la diminution de l'épanchement et des œdèmes.

GEORGES THIBIERGE.

Sur l'état des albumines dans les muscles au repos et en activité, par D.-I. KOURAIEW (*Vratch*, *n° 39*, *et Thèse de St-Pétersbourg*, *1895*).

Dans les muscles en contraction, une partie de la substance solide disparaît dans toutes les conditions. On observe toujours, dans ce cas, des changements variés dans les albuminoïdes anhydrides plastiques : les formes albuminoïdes complexes se transforment en plus simples, les formes anhydrides des albumines disparaissent en quantité plus ou moins grande. Dans les expériences sans circulation ou à circulation ralentie (tétanos strychnique permanent), la quantité des formes anhydrides disparues dépasse quelquefois celle des substances albumineuses solides

disparues. La perte des matériaux solides et des albumines anhydrides dans les muscles en activité est en raison directe de la durée de l'excitation, toutes doses étant égales d'ailleurs.

En ce qui concerne les différentes formes des albumines, l'auteur a remarqué : que les albumines sont le plus souvent diminuées, sans que la perte absolue dépasse 0,55 0/0 ; que la myosine (globulines) est toujours diminuée dans le muscle actif et que la perte absolue en myosine peut atteindre jusqu'à 2,26 0/0 ; que les miostromines ont été diminuées dans 15 cas sur 23 ; la perte en myostromine est en raison inverse de la perte en myosine et peut aller jusqu'à 3 0/0.

En général, la myosine disparaît surtout dans les cas où les muscles sont riches en cette substance (chez les grenouilles d'automne, chez les lapins) ; la myostromine se détruit particulièrement, lorsque le muscle est pauvre en myosine. Le tétanos strychnique produit les mêmes changements dans la composition des albumines musculaires que l'excitation du nerf ou du muscle par un courant induit.

La destruction dans les muscles des substances non albumineuses est constante et proportionnelle à la destruction des albumines anhydrides.

Comme la destruction des albumines anhydrides dans le muscle actif est le phénomène le plus important parmi tous ceux qu'on observe dans le muscle en activité, il faut admettre que les albumines sont sinon la source unique, du moins une des sources de l'énergie motrice des muscles. H. FRENKEL.

Ueber fermentative Prozesse in den Organen (Sur les processus de fermentation dans les organes), par H. SCHWIENING (*Archiv f. path. Anat.*, *CXXXVI*, *3*).

Une solution aqueuse de chloroforme dans la proportion de 1 pour 10 a la propriété de tuer le protoplasma, d'empêcher la putréfaction et de laisser aux ferments solubles toute leur activité.

Parmi les nombreux résultats, que Schwiening obtint par cette méthode, nous mentionnerons les suivants : l'acide lactique se forme dans la substance musculaire aussi longtemps que le muscle est encore vivant, c'est-à-dire dans le premier stade de la rigidité cadavérique, pendant lequel le muscle est encore susceptible d'une réparation intégrale.

Les muscles qui survivent longtemps forment plus d'acide lactique que ceux qui sont rapidement envahis par la rigidité cadavérique.

D'où cette conclusion : le muscle ne forme pas de l'acide lactique, parce qu'il meurt, mais parce qu'il est encore vivant.

Quand, après avoir fait bouillir la substance du foie d'un animal qu'on vient de sacrifier, on ajoute une solution de chloroforme, on voit se former des quantités notables de sucre, alors qu'au début de l'expérience, il n'y en avait que des traces. Schwiening pense qu'il se produit de nouvelles quantités de ferment hépatique aux dépens des substances du foie qui sont devenues solubles. ÉD. RETTERER.

Sur les causes de la coloration et de la coagulation du lait par la chaleur, par P. CAZENEUVE et HADDON (*C. R. Académie des Sc.*, *10 juin 1895*).

La chauffe du lait à l'air pendant un certain temps le colore en jaune et amène sa coagulation. Le fait de la coagulation est encore resté sans

explication plausible; celui de la coloration a été attribué à une altération soit de la lactose, soit de la caséine. Des expériences systématiques qu'ils ont entreprises sur la question, les auteurs de ce travail concluent: que le jaunissement du lait par la chaleur est dû à l'oxydation de la lactose en présence des sels alcalins du lait; que la lactose, dans cette oxydation, donne des acides et entre autres de l'acide formique, dont la présence suffit à expliquer la coagulation de la caséine, laquelle n'est pas altérée, mais simplement teinte en jaune par les corps bruns formés aux dépens de la lactose. M. DUVAL.

Modification des Hoppe-Seyler'schen Verfahren..... (Modification du dosage de la caséine dans le lait de vache), par L. DE JAGER (*Centralbl. f. med. Wiss., p. 561, 1895*).

L'auteur modifie de la façon suivante le procédé de Hoppe-Seyler : Le lait dilué au vingtième est soumis à un courant de CO^2, puis on y ajoute, goutte à goutte, de l'acide acétique dilué (au millième) et l'on s'arrête dès que la caséine se précipite, ce qui se produit brusquement. Le précipité de caséine est traité comme d'habitude. LÉON FREDERICQ.

Un nouveau réactif pour reconnaître l'acétone et l'acide urique, par MALERBA (*Arch. ital. de biol., XXIII, p. 329, et Atti della R. Accad. de Napoli, XLVIII, n° 2*).

Ce réactif est la diméthylparaphénylendiamine, ou plutôt le chlorhydrate de cette substance, en solution aqueuse à 1 0/0 ou 2 0/0, légèrement violette. On devra d'abord distiller l'urine et opérer sur l'acétone du produit distillé. On y ajoutera quelques gouttes du réactif. Si celui-ci est frais, la liqueur devient rose violet quelques heures et passe au rouge sang les jours suivants. La coloration rouge disparaît par l'addition d'alcalis; passe au violet terne par les acides et fournit deux bandes d'absorption entre D et E, comme l'oxyhémoglobine. Abandonnée à l'air, la liqueur se décolore et passe au jaune rougeâtre, mais elle reprend ses caractères si on l'agite avec l'air. Les caractères précédents ne s'observent que pour des solutions d'acétone contenant au moins 1 0/0 ou 2 0/0.

Avec l'acique urique (dissous dans l'acide nitrique, évaporé à siccité) on a, par addition de quelques gouttes du réactif, une couleur rouge pourpre qui passe au bleu violet par le chauffage et disparaît par refroidissement pour reparaître à nouveau si l'on chauffe. Cette substance colorante est soluble dans l'alcool et peut y être conservée. La réaction serait plus sensible que celle de la murexide. DASTRE.

Ueber die Lactase des Dünndarms (Sur la lactase de l'intestin grêle), par F. RÖHMANN et J. LAPPE (*Ber. der deut. Chem. Ges., XXVIII, p. 15*).

Le sucre de canne, la maltose sont dédoublés dans l'intestin par l'invertine et la maltase. W. Pantz et J. Vogel ont signalé (1895) incidemment, la transformation de la lactose en glucose dans l'intestin grêle du nouveau-né. Röhmann et Lappe ont fait cette recherche sur l'intestin du veau, du bœuf, du chien. Ils en ont extrait par l'eau thymolisée, fluorée, chloroformée, en digestion pendant 24 heures. Cette li-

gueur mélangée à la lactose et abandonnée plusieurs heures à 30° montre une transformation du sucre de lait en glucose ; on s'en assure en chauffant avec le chlorhydrate de phénylhydrazine et l'acétate de soude ; on obtient les cristaux de glucosazone. La poudre d'organe déshydratée dans l'alcool et desséchée, jouit des mêmes propriétés sur la solution de lactose dans le fluorure de sodium. La réduction a augmenté après 6 heures de 13 0/0 ; après 24 heures de 27 0/0. Cependant, ces essais n'ont rien donné chez le bœuf. DASTRE.

Recherches critiques et expérimentales sur la genèse des calcifications pathologiques, sur la production des calculs, etc., par V. GALIPPE (*Journ. des conn. méd., p. 65 et suiv., 1894*).

G. montre que les concrétions calcaires qui se produisent dans les divers organes ou cavités de l'économie ont toutes une origine parasitaire. C'est à l'élément microbien qu'est due la décomposition du liquide organique et l'accumulation des matières calcaires ; le corps étranger qui sert souvent de noyau à des calculs n'est que la cause incidente de leur formation. Dans une série de mémoires fort documentés G. établit la démonstration de sa théorie pour les calculs salivaires, du nez, de l'amygdale. La formation des calculs biliaires est susceptible de la même interprétation (G. a démontré la présence de microbes dans le foie normal, la bile et dans les calculs biliaires) de même pour les calculs urinaires, bien que la preuve n'en soit pas aussi concluante. A. CARTAZ.

Dosage du déchet organique de l'urine et des matières extractives, par FLAMANT (*Thèse de Paris, 1895*).

La méthode de dosage des matières extractives de l'urine par l'eau bromée et celle du dosage du déchet organique total par l'hypobromite alcalin réduit, toutes deux indiquées par Richet et Etard, peuvent donner des résultats suffisamment rigoureux pour la clinique.

Le dosage des matières extractives qui représentent les corps incomplètement brûlés de l'organisme, permet de suivre les combustions organiques élémentaires et, par conséquent, l'état réducteur de l'économie.

La possibilité de suivre les variations du déchet organique et des matières extractives permettra, par comparaison, d'apprécier la cause des variations de ces substances et d'en dégager la valeur. H. BOURGES.

Ueber das Vorkommen von Cylindern im Harn ohne gleichzeitige Ausscheidung von Serum-Eiweiss, par A. KOSSLER (*Berlin. klin. Woch., n° 14, p. 296, et n° 15, p. 327, 8 et 15 avril 1895*).

Kossler relate 18 cas de phtisie pulmonaire, 2 d'endocardite rhumatismale, 2 d'intoxication phosphorée, etc., où l'urine des malades, qui ne contenait pas d'albumine, du sérum, renfermait des cylindres variés. Le plus souvent, en même temps, il existait, dans l'urine, de la nucléoalbumine, de sorte que Kossler estime qu'à côté du syndrôme cylindrurie avec albuminurie ordinaire, il faut créer le syndrôme cylindrurie avec nucléoalbuminurie.

Les cylindres les plus fréquents étaient les granuleux, puis les hyalins,

et ensuite les épithéliaux; parfois aussi il y avait des cylindres leucocytiques et des cylindres cireux. Quant aux cylindres sanguins, ils se rencontraient dans plus de la moitié des cas.

L'autopsie des malades qui ont succombé a montré que leurs reins n'étaient pas enflammés et n'offraient d'autre lésion qu'une dégénération de leur épithélium (*R. S. M.*, III, 128 et 602; VIII, 183 et XL, 51). J. B.

De l'indicanurie : des rapports de l'indican et de l'acidité du suc gastrique, par Ch. SIMON (*The Amer. J. of the med. sc., p. 157, août 1895*).

Le suc gastrique possède des propriétés antifermentescibles dues à la présence de l'HCl libre. Les sulfates ont augmenté dans les cas d'hypochlorhydrie et d'anachlorhydrie, diminués dans les cas d'hyperchlorhydrie; ce qui démontre qu'en l'absence de l'HCl les propriétés antifermentescibles ne sont pas rendues par un autre acide, tel que l'acide lactique. Le degré d'acidité du suc gastrique peut être directement apprécié par l'élimination de l'indican dans les urines. L'augmentation de l'indicanurie est constamment associée avec une diminution ou la disparition de l'acidité.

Dans l'hyperacidité du suc gastrique, les conditions ne sont pas aussi simples et l'ulcère de l'estomac doit être regardé comme une exception à la règle, l'indican ici étant presque toujours augmenté. F. VERCHÈRE.

Some experiments relating to the toxic nature of the urine of diphtheritic patients, par Clarence O. AREY (*Med. News, p. 323, 21 septembre 1895*).

Dans aucun cas, l'urine examinée ne contenait de bacille de la diphtérie : mais les animaux auxquels on injecta de l'urine présentèrent tous des signes de toxémie.

Dans un cas, l'urine semblait contenir une antitoxine qui protégeait l'animal contre une dose mortelle de toxine diphtéritique donnée soit en même temps, soit après l'injection d'urine. MAUBRAC.

La toxicité de l'urine dans les maladies du foie, par L. BELLATI (*Archives ital. de biol., XXIII, p. 283*).

Le coefficient urotoxique normal moyen chez le chien est inférieur à celui du lapin. Les phénomènes d'intoxication, troubles gastro-entériques, circulatoires, respiratoires, hypothermiques, exophtalmie, mydriase, sont les mêmes avec l'urine hépatique ou l'urine saine, à cela près que, avec l'urine pathologique il y a excitation et convulsions après somnolence. Mais la toxicité est plus grande. Les urines de maladies du foie (ictères divers, infectieux, calculeux, mécanique, syphilis hépatique, carcinome, kyste suppuré, abcès multiples, cirrhose atrophique) ne contiennent pas de substances toxiques spéciales, il n'y a pas de rapport entre la toxicité urinaire et les quantités d'azote, d'urée, etc. ; tantôt le rapport est direct, tantôt il est inverse. Il existe un rapport constant entre la lésion anatomique du foie et la toxicité urinaire. La paracentèse, dans le cas de cirrhose atrophique a une action favorable sur la maladie et le malade. Pour parer, dans les affections hépatiques à la diminution de la fonc-

tion antitoxique du foie il faut diminuer les poisons intestinaux, par la diète lactée et la désinfection intestinale. DASTRE.

La toxicité de l'urine dans la maladie d'Addison, par G. COLASANTI et L. BELLATI (*Arch. ital. de biologie, XXIII, p. 283*).

L'urine d'un addisonien essayée (comparativement avec celle d'un sujet sain) chez un chien pendant 12 jours donne le résultat suivant : vomissement, somnolence, excitation : puis diminution de la respiration et de l'activité cardiaque (Voy. *R. S. M.*, XLVI, 85). DASTRE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Ueber die Beziehungen zwischen Lymphosarcom und Tuberculose (Des rapports du lymphosarcome et de la tuberculose), par RICKER (*Archiv f. klin. Chir., L, 3, p. 573-587*).

Dans deux cas, on s'est trouvé en présence d'un lymphosarcome, qui fit succomber les sujets. Ces nouveaux faits démontrent, une fois de plus, que le développement des tumeurs malignes, pouvant amener une mort rapide, peut être provoqué par le bacille de Koch. Le rôle du bacille de la tuberculose est très probablement considérable, car les lymphosarcomes renferment souvent des foyers caséeux. Mais le bacille n'est pas toujours la cause de ces néoplasmes; ce que prouve l'absence des foyers caséeux, qui s'observe souvent.

Ces tumeurs sont donc probablement provoquées par d'autres microorganismes et la malignité s'explique par la virulence du bacille pathogène.

M. B.

Ueber Erkrankung durch Protozoen bei Menschen, par JUERGENS (*Berlin. klin. Woch., n° 15, p. 331, 15 avril 1895*).

Ouvrier de 56 ans, ayant subi il y a 10 ans une opération pour affection oculaire; bientôt après, attaque apoplectiforme le laissant hémiplégique. Mort au bout de trois mois par collapsus brusque.

Autopsie. Le cerveau n'offrait ni ramollissement ancien ni autre affection en foyer. Sur la dure-mère, tumeur gris jaunâtre de la grandeur d'un thaler et de trois dixièmes de centimètre d'épaisseur. Autre tumeur de couleur et de consistance identiques, longue et épaisse comme le doigt, sur l'arachnoïde de la queue de cheval et la dure-mère spinale, avec légère usure des vertèbres attenantes. Tuméfaction jaunâtre de la capsule albuginée et en partie aussi de la capsule adipeuse avoisinante des deux reins. Epaississement considérable et coloration jaunâtre des parois des calices et des bassinets, mais ni des uretères ni de la vessie.

Œdème considérable des poumons avec bronchite chronique. Intégrité de la

rate, du foie et du tube digestif. Les néoplasmes urinaires ressemblent tout à fait à ceux des méninges et leur nature portait à soupçonner une maladie parasitaire. Juergens en inocula immédiatement dans le péritoine de lapins. Au bout de 4 mois seulement, alors que plusieurs de ces animaux avaient succombé à des pleuro-pneumonies, l'un présenta une tumeur rapidement croissante de l'œil gauche. L'examen montre qu'elle est due à une espèce de coccidie qui se distingue de la coccidie oviforme ou perforante tant par ses dimensions que par sa forme, sa sporulation et son siège dans les cellules des substances connectives. Ce serait là l'agent causal de certains sarcomes. J. B.

Ueber die Histogenese und das Wachsthum des Carcinoms (Sur l'histogénèse et la croissance du carcinome), par H. RIBBERT (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXLI*, *1*).

Ribbert décrit les stades initiaux de deux nouveaux cas de carcinomes (de la peau et du rectum) et montre que le début de la lésion siège dans le tissu conjonctif. C'est le tissu conjonctif sous-épithélial qui présente en premier lieu des phénomènes actifs de prolifération. A la suite de ce processus, on voit les glandes cutanées ou muqueuses prendre part à la multiplication cellulaire. Au fur et à mesure que le tissu conjonctif pénètre à travers les amas épithéliaux, ceux-ci sont isolés et constituent des foyers de prolifération qui donnent *secondairement* naissance au carcinome en formant des alvéoles et en envoyant des cordons cellulaires dans le tissu conjonctif. ÉD. RETTERER.

Zur pathologischen Anatomie der multiplen Sklerose des Rückenmarks (Moelle épinière), par O. HUBER (*Archiv. f. pathol. Anat.*, *CXL*, *2*).

Dans un cas de sclérose multiple, datant de quinze ans, Huber constata que la moelle épinière était atrophiée en bien des endroits sans que ces points fussent atteints de sclérose. Dans ces points d'une assez grande étendue, les fibres nerveuses ont disparu, le tissu n'est ni hypertrophié ni altéré et les vaisseaux ont des parois vasculaires à peine modifiées dans leur structure. Plus loin, on voit ces points se continuer insensiblement avec les parties sclérosées.

Ces faits semblent indiquer que c'est le parenchyme, c'est-à-dire le tissu nerveux qui est atteint et altéré primitivement par la maladie.

ÉD. RETTERER.

Weitere Beiträge zur Kenntniss der im Verlaufe, etc. (Nouvelle contribution à la connaissance des affections médullaires observées à la suite d'anémies mortelles), par M. NONNE (*Deutsche Zeitschr. f. Nervenh.*, *VI*, *p. 312*, *1895*).

Ce travail de Nonne est basé sur l'examen de 17 moelles de malades morts d'anémie. Dans 7 de ces cas il n'existait d'ailleurs pas d'altérations notables de la moelle. Ces lésions médullaires des anémies graves débutent d'ordinaire dans la région cervicale et se localisent de préférence dans les zones radiculaires moyennes des cordons postérieurs ; on peut d'ailleurs les rencontrer aussi dans les cordons antérieurs ou latéraux. Il s'agit là de lésions d'origine vasculaire auxquelles par conséquent on ne saurait reconnaître une nature systématique ; elles ne sont nullement comparables aux altérations de la moelle constatées dans le tabes, la paralysie générale, la pellagre, l'ergotisme, etc... Au point de vue cli-

nique on ne note que des symptômes irréguliers dont le plus fréquent serait le signe de Westphal, parfois un peu d'ataxie, quelques troubles sensitifs, mais en résumé il n'existe pas de tableau clinique caractéristique. PIERRE MARIE.

Sulle fine alterazioni istologiche del midollo spinale, etc., par C. CENI (*Riforma med., n° 169, p. 2195, 1894*).

Ceni a fait des sections transversales de la moelle sur 18 chiens et constaté que les dégénérations secondaires consécutives s'étendaient à toute la hauteur de la moelle y compris la substance grise et pouvaient être décelées par l'examen microscopique dès le cinquième jour. Les altérations des cellules nerveuses consistent en de petites nodosités se montrant aux extrémités périphériques de quelques prolongements protoplasmiques (surtout ceux dirigés vers le canal central et les commissures. Les cellules névrogliques présentent des modifications beaucoup plus prononcées. Au bout d'un certain temps les altérations des prolongements protoplasmiques finissent par gagner le corps de la cellule nerveuse elle-même. PIERRE MARIE.

Étude anatomo-pathologique de la moelle osseuse dans l'anémie pernicieuse progressive, par O. VAN DER STRICHT (*Bulletin Acad. de méd. de Belgique, n° 2 p. 243, 1895*).

Les modifications de la moelle osseuse dans l'anémie pernicieuse ne sont pas de nature purement régénérative. On y rencontre de véritables altérations portant non seulement sur le nombre, le volume et la composition chimique des érythroblastes et des corpuscules rouges, mais encore sur le nombre et la structure des cellules médullaires et des mégacaryocytes et même sur le tissu de soutènement de cet organe; les lésions de la moelle osseuse sont primitives et entraînent les altérations morphologiques et chimiques du sang. LEFLAIVE.

Dégénération ascendante de la moelle, par SOUQUES et MARINESCO (*Presse méd. 2 mars 1895*).

L'intérêt de l'observation réside surtout dans l'examen anatomo-pathologique dont de nombreuses planches complètent la description. Il s'agissait d'un kyste hydatique intra-rachidien, ayant produit une sorte de résection comparable, dans une certaine mesure, aux sections pratiquées expérimentalement chez les animaux. Les auteurs ont ainsi pu suivre dans la moelle la dégénération ascendante consécutivement aux lésions des racines de la queue de cheval, c'est-à-dire le trajet intra-médullaire des racines postérieures sacro-lombaires et déterminer leur topographie aux divers niveaux de l'axe spinal. La dégénération suit le cordon postérieur, les fibres longues se rapprochant de la ligne médiane au fur et à mesure de leur ascension pour occuper finalement le cordon de Goll. Cette topographie permet de distinguer, au-dessus du foyer, la dégénération consécutive à la lésion des racines de la queue de cheval de la dégénération tabétique. Le faisceau fondamental du cordon postérieur étant dégénéré aussi, cela prouve qu'il n'est pas exclusivement constitué par des fibres endogènes. D'autre part, le faisceau antéro-latéral ne contient

pas de collatérales venues des racines postérieures. Enfin, les corps restiformes étant atteints, cela prouve que les cordons de Goll passent en partie dans les corps restiformes. P. S.

Beiträge zur Anatomie der diphtherischen Lähmungen (Contribution à l'anatomie pathologique des paralysies diphtériques), par PREISZ (*Deutsche Zeitschrift für Nervenh., VI, p. 95*).

P. rapporte deux observations de paralysie diphtérique suivies d'autopsie. Il a constaté l'existence d'altérations du côté des centres nerveux aussi bien que dans les nerfs périphériques. Pour ceux-ci il insiste tout particulièrement sur la présence des nodules décrits par Renaut chez le cheval et retrouvés déjà par Langhans chez les animaux thyroïdectomisés. PIERRE MARIE.

Ricerche istologiche sul sistema nervoso nella infezione difterica, par B. PERNICE et G. SCAGLIOSI (*Pisani, mai-août 1895*).

A l'autopsie de 5 sujets morts au cours d'angines diphtériques, les auteurs ont constaté les lésions suivantes du système nerveux : hyperémie par stase du cerveau et de la moelle ; pie-mère cranienne plus ou moins hyperémiée, avec transformation hyaline plus ou moins complète de leurs vaisseaux ; hyperémie de l'écorce du cerveau avec fréquentes infiltrations de globules sanguins dans les espaces périvasculaires ; dans les parties les plus externes, éléments nerveux gonflés avec ou sans coloration du noyau ; autour des vaisseaux, certaines cellules nerveuses sont peu colorées, ou partiellement incolores, avec leur noyau petit et leurs prolongements très granuleux ; dans un certain nombre de cellules pyramidales, les prolongements protoplasmiques sont altérés, variqueux, principalement au niveau de leurs divisions ; la névroglie ne présente pas d'altérations, sauf de l'atrophie par places. Dans le cervelet, lésions moins accusées que dans le cerveau. Dans la moelle, congestion de la pie-mère moins accusée que pour la pie-mère cérébrale, légère infiltration de cellules jeunes dans la pie-mère ; pas de lésions appréciables de la substance blanche autres qu'un amincissement des prolongements des cellules de la névroglie ; le plus grand nombre des cellules nerveuses de la substance grise sont bien conservées, quelques-unes sont diminuées de volume, entourées d'un espace clair, contenant de la substance hyaline, sans état vésiculeux du noyau ; d'autres ont un noyau très petit, n'ont plus de prolongement et leur protoplasma est réduit à un amas de granulations ; enfin un petit nombre ont perdu complètement l'apparence de cellules nerveuses et sont réduites à un groupe de granulations au milieu d'un espace contenant de la substance hyaline ; ces diverses altérations se rencontrent surtout dans la corne antérieure et aussi dans la colonne de Clarke ; élargissement du canal central, qui est entouré d'une zone d'infiltration de cellules rondes. Les nerfs périphériques (sciatique) ne présentent d'autres altérations qu'une hyperémie peu prononcée et des lésions inflammatoires débutantes avec léger épaississement et légère infiltration embryonnaire des périnèvres et de l'endonèvre.

Les auteurs pensent que les lésions cellulaires, ci-dessus décrits en

s'exagérant sous l'influence des toxines diphtériques, sont la cause des troubles nerveux qu'on observe dans cette affection. GEORGES THIBIERGE.

Ein anatomischer Beitrag zur Lehre, etc. (Contribution anatomo-pathologique à l'étude des affections systématiques combinées de la moelle), par JAKOB (*Deutsche Zeitschrift f. Nervenh., VI, p. 115*).

Examen histologique d'un cas de sclérose combinée systématique fort analogue à un cas publié autrefois par Strümpell : Dégénération des faisceaux pyramidaux directs et croisés, des faisceaux cérébelleux directs, des cordons de Goll et de Burdach, mais d'une façon très variable suivant la hauteur de la moelle que l'on examine. La substance grise médullaire présentait à côté de l'intégrité de ses cellules une disparition de quelques-unes de ses fibres nerveuses. Les cellules des colonnes de Clarke étaient intactes.

PIERRE MARIE.

Ueber die exsudativen Vorgänge bei der.. .. (Sur les processus exsudatifs dans la formation des tubercules), par O. FALK (*Archiv f. pathol. Anat., CXXXIX, 2*).

En étudiant la tuberculose d'un grand nombre d'organes chez l'homme, la tuberculose expérimentale du lapin et du cobaye, Falk a porté spécialement son attention sur l'abondance de fibrine dans les granulations.

Dans les granulations du tissu interstitiel du poumon humain, dans celles qu'on trouve dans les parois vasculaires, il existe constamment de fins filaments de fibrine. Les tubercules des autres organes présentent une fibrine analogue, dont la production est due à l'action du bacille de la tuberculose.

Chez le lapin, on observe rarement la formation de la fibrine dans les granulations tuberculeuses ; le cobaye, au contraire, se comporte sous ce rapport comme l'organisme humain. ÉD. RETTERER.

Zur Kenntniss der Aspergillusmykosen..... (Sur les mycoses aspergillaires de l'appareil respiratoire de l'homme), par Max PODACK (*Archiv für pathol. Anat., CXXXIX, 2*).

Podak décrit un cas de bronchomycose aspergillaire qu'il avait observé sur une femme de 38 ans. Dans les cavités dilatées et ulcérées des bronches, il vit des ulcérations et de la mycose aspergillaire. Comme l'aspergille ne se trouvait pas dans le tissu pulmonaire, il est très probable que la mycose ne s'était développée que secondairement au niveau des ulcérations. ÉD. RETTERER.

Ueber Saccharomycosis hominis, par O. BUSSE (*Archiv f. pathol. Anat., CXL, 1*).

Busse rapporte avec détails l'observation d'une femme de 31 ans, qui avait été opérée d'une tumeur produite par une inflammation sous-périostée du tibia. Après avoir quitté la clinique, elle rentra chez elle, mais des foyers d'inflammation analogues se produisirent dans d'autres os et elle succomba quelques mois plus tard.

L'examen de la première tumeur avait déjà démontré la présence de parasites végétaux dans l'intérieur des cellules.

A l'autopsie, on constata, outre les lésions osseuses, des ulcérations dans

la peau, sur la cornée, des foyers purulents dans le poumon, les reins, la rate.

L'étude microscopique confirma les résultats du premier examen : c'était partout un champignon, analogue à celui de la levure de bière, qui avait déterminé ces diverses lésions. Ces champignons étaient inclus dans le protoplasma cellulaire ou se trouvaient dans les intervalles des éléments ; quelques-uns étaient nus ; d'autres, entourés d'une bordure homogène ou même d'une capsule.

Ces champignons purent être cultivés dans le bouillon, sur la gélatine, sur l'agar, dans le sérum sanguin, sur la pomme de terre, etc. Ils déterminèrent, dans une décoction de prunes et dans un bouillon de sucre de raisin, une fermentation notable, dont les produits étaient représentés par l'alcool et l'acide carbonique.

Inoculés à des chiens, des lapins, ces champignons causent une inflammation locale, pouvant aboutir à la formation de pus, mais guérissant plus tard.

Chez la souris blanche, l'inoculation de ces cultures amène la mort ; en même temps, on constate la présence du champignon dans le sang de l'animal. ÉD. RETTERER.

Ueber die Beziehungen zwischen Myositis ossificans und Rückenmarkskrankheiten (Sur les relations de la myosite ossifiante et les maladies de la moelle épinière), par H. EICHHORST (*Archiv für pathol. Anat.*, *CXXXIX*, *2*).

E. décrit deux cas de myositis ossificans. L'un a trait à un homme de 24 ans, qui présentait sur le membre abdominal gauche un mal perforant et une production osseuse dans les muscles du mollet du même côté. Cette formation osseuse atteignait une longueur de 5 centimètres.

L'autre observation se rapporte à un homme de 40 ans, atteint également d'un mal perforant et d'une exostose du fémur droit, implantée sur le grand trochanter et se prolongeant dans les faisceaux musculaires du vaste interne. Un autre os, long de 20 centimètres, large de 3 à 4 centimètres se trouvait dans le muscle demi-membraneux. De plus, altération des articulations.

ÉD. RETTERER.

Ueber die Neubildung des nervösen Elements...... (De la néoformation des éléments nerveux dans le tissu musculaire régénéré), par GALEOTTI et LEVI (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, *XVII*, *p. 369*).

Les recherches de G. et L. ont été faites sur la queue du lézard, repoussant après sa section, ou observées chez des jeunes pris dans l'œuf. Dans ces cas, les nerfs se régénèrent ou poussent au moyen de prolifération des noyaux de la gaine de Schwann, qui se disposent les uns à côté des autres en faisceaux et, par différenciation de leur protoplasma, forment de nouvelles fibres nerveuses. La plaque motrice des fibres musculaires se forme par l'union d'une cellule des faisceaux des cellules de Schwann (neuroblastes terminaux), avec les noyaux musculaires marginaux proliférés, puis par la différenciation de ceux-ci en semelle, et la transformation des cellules nerveuses multipliées ou les ramifications du cylindre-axe que l'on sait. Les cellules de Schwann sont donc de véritables formations nerveuses, tout au moins chez ces animaux inférieurs.

C. LUZET.

Ueber Bildung und Rückbildung elasticher Fasern (Sur la formation et la régression des fibres élastiques), par F. HANSEN (*Archiv f. pathol. Anat., CXXXVII, 1*).

Hansen s'est adressé à diverses méthodes pour étudier la formation et la régression des fibres élastiques.

Dans les plaies cutanées et dans un carcinome qui provenait de la peau du nez, les fibres élastiques paraissent gonflées par places; on aperçoit dans leur intérieur des grains de chromatine, qui prennent par endroit les dimensions et la forme d'un noyau. Plus loin, la fibre élastique s'est transformée en un corps fusiforme, dont le corps cellulaire a les réactions du protoplasma. Ce corps cellulaire se continue avec la substance de la fibre élastique jusqu'à ce que cette dernière disparaisse sous l'influence du processus inflammatoire.

Après avoir injecté de l'essence de térébenthine dans le ligament cervical d'un chien, Hansen a observé dans le voisinage des parties nécrosées, sur les fibres élastiques, des phénomènes de régression analogues. Il conclut de ces faits que la fibre élastique résulte d'une transformation du protoplasma cellulaire, bien que jusqu'à aujourd'hui aucun auteur n'ait pu observer les stades de cette tranformation dans le cours du développement normal. ÉD. RETTERER.

Aortenruptur auf tuberculöser Grundlage (Rupture de l'aorte d'origine tuberculeuse), par KAMEN (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat., XVII, p. 416*).

Dans ce cas, dont la rareté fait l'intérêt, la cause de la rupture est due à l'accolement de l'aorte avec un ganglion lymphatique caséifié. C. LUZET.

I. — Ueber acute Leberatrophie..... (De l'atrophie aiguë du foie an point de vue spécial des manifestations régénératives qu'on y observe), par MEDER (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XVII, p. 143, 1895*).

II. — Ueber Ausgang der acuten Leberatrophie..... (De la terminaison de l'atrophie aiguë du foie par l'hyperplasie multiple nodulaire), par MARCHAND (*Ibid., XVII, p. 206*).

I. — D'après Meder, l'atrophie aiguë du foie n'a pas de cause univoque, mais les agents infectieux et leurs produits y jouent un rôle étiologique important. Dans les cas très aigus il se fait une nécrose des cellules hépatiques; dans ceux qui sont un peu plus lents, il se fait aussi une forte dégénérescence graisseuse de ces éléments. Les processus dégénératifs ont leur maximum à la périphérie de l'acinus et leur minimum au centre. La régénération est possible et même la guérison complète. Dans ce cas, les fins canaux biliaires interlobulaires produisent des tubes épithéliaux qui pénètrent dans les acini et régénèrent les cellules hépatiques; en outre, les cellules hépatiques conservées subissent une hypertrophie vicariante et enfin il existe dans celles-ci des processus de prolifération.

II. — Dans le cas de Marchand, des noyaux mous, jaunes, rougeâtres, un peu proéminents, alternaient avec des endroits enfoncés, lâches, rouges, comme dans la forme nodulaire de la cirrhose hépatique. Histologiquement il s'agissait d'une néoformation considérable de substance hépatique, les noyaux jaunes étaient formés par la prolifération hyperplasique de gros restes de

parenchyme glandulaire conservé ; des cellules hépatiques isolées avaient proliféré dans les parties les plus détruites ; les canaux biliaires interacineux avaient proliféré et, avec les dernières cellules, se transformaient en nouveaux tubes cellulaires hépatiques et pénétraient en partie dans les noyaux jaunes. C. LUZET.

Influence du foie sur le rein, par A. CHARRIN (*Semaine méd., février 1894*).

Dans ce travail l'auteur, en particulier, étudie les altérations rénales et surtout les modifications (albumine, urée augmentée ou diminuée, sucre, principes ammoniacaux, acides sulfo-conjugués, pigments biliaires, poisons divers) que subit l'urine sous l'action des troubles anatomiques ou fonctionnels du parenchyme hépatique. A. C.

Mykotish-peptish Magengeschwür (Ulcère stomacal myco-peptique), par NAUWERCK (*Münch. med. Woch., n°s 38 et 39, p. 877 et 908, 1895*).

L'auteur admet qu'il existe des érosions hémorragiques qui commencent comme des nécroses mycotiques de la muqueuse gastrique, l'hémorragie ne constituant qu'un phénomène secondaire subordonné. Ces érosions sont le début des ulcères ronds mycotiques. Il rapporte à l'appui :

1° L'observation d'un jeune homme de 16 ans mort de rhumatisme articulaire aigu, où il a constaté l'existence simultanée : *a*) de colonies bactériennes dans l'épaisseur de la muqueuse, le long des vaisseaux ; *b*) de nécroses muqueuses au centre desquelles existent invariablement des colonies bactériennes ; *c*) de véritables ulcères atteignant jusqu'à 3 millimètres de diamètre. Autopsie faite 4 heures et demi après la mort.

2° Celle d'une fillette de 7 ans, morte de scarlatine, où les lésions sont analogues. Ces cas peuvent être d'origine hématique. Mais dans un dernier cas l'origine directe de l'infection à partir de la surface de la muqueuse paraît prouvée ; il s'agit d'un ulcère gastrique dû au muguet. C. LUZET.

Note sur l'anatomie pathologique des gastrites mixtes et interstitielles, par HAYEM (*Soc. méd. des hôp., 26 juillet 1895*).

Hayem étudie les faits où les altérations du tissu interstitiel jouent un rôle notable, et établit d'une manière un peu schématique, 2 types, mixte et interstitiel.

La gastrite mixte est de beaucoup la plus commune des gastrites, elle présente deux caractères fondamentaux : lésions prolifératives des épithéliums glandulaires, lésions irritatives du tissu conjonctif. H. admet 2 variétés selon que la gastrite porte surtout sur les cellules principales ou les cellules peptiques (de bordure) ; il décrit une première phase, avec ou sans épaississement et hyperémie de la muqueuse, caractérisée par la multiplication des cellules principales, surtout dans la moitié inférieure de la portion tubuleuse, et l'atrophie des cellules peptiques.

En même temps, le tissu conjonctif s'épaissit, et dissocie les tubes. A cette période la muqueuse est souvent mamelonnée, et cette phase peut avoir une longue durée.

La deuxième phase est caractérisée par l'atrophie notable de la muqueuse, les tubes cellulaires se raréfient et se raccourcissent.

La troisième phase est constituée par une transformation muqueuse plus ou moins complète, et peut aboutir à une atrophie générale; les tubes glandulaires sont dispersés au milieu d'un tissu scléreux. La seconde variété, caractérisée au début par l'hypertrophie des cellules peptiques passe par les mêmes modifications.

La gastrite interstitielle se combine avec la gastrite mixte, ou se superpose à elle. Elle consiste essentiellement dans la disparition rapide de nombreux tubes avant que la muqueuse n'ait perdu son épaisseur et dans la gracilité des tubes persistants; la gastrite peut avoir une marche subaiguë ou chronique. H. L.

Ricerche intorno alla etiologia dell' arterite; arterite sperimentale di origine microbica, par B. PERNICE (*Atti delle R. Accad. delle Scienze med. in Palermo, 1895*).

Dans l'infection expérimentale par le staphylocoque doré comme dans celle produite par les bacilles du charbon ou de la diphtérie, on trouve une inflammation plus ou moins grave des artères. Cette altération est plutôt appréciable à l'examen microscopique qu'à l'œil nu et est constamment plus accentuée dans la tunique externe; elle semble débuter par les vasa vasorum, mais souvent dans les cas graves intéresse toutes les tuniques du vaisseau malade. Cette artérite peut être produite par la seule action du virus infectant sans autre cause prédisposante; elle semble due à la fois à l'action des bactéries et à l'action toxique des poisons microbiens, mais la première cause est la plus active. Les caractères histologiques de l'artérite infectieuse se rapprochent sous quelques rapports de ceux de l'endartérite chronique de l'homme, de sorte qu'on peut considérer les infections comme étant le point de départ de l'endartérite au moins dans la majorité des cas. GEORGES THIBIERGE.

Ueber Athetose, par H. EICHHORST (*Archiv f. pathol. Anat., CXXXVII, 1*).

Eichhorst rapporte avec détails deux cas d'athétose, l'un suivi de l'examen anatomique et présentant les lésions suivantes : 1° existence d'un ancien kyste apoplectique dans le domaine du noyau lenticulaire gauche et s'étendant sur les capsules externe et interne; 2° altération des nerfs et des muscles de la moitié droite du corps.

Comme le corps strié n'a pas de fonction motrice, il va de soi que la lésion de cet organe ne provoque pas l'athétose. Il s'agit évidemment de phénomènes d'irritation qui avaient provoqué des troubles moteurs dans la voie pyramidale.

Ces résultats concordent avec ceux de Gowers, etc., qui avaient trouvé un foyer apoplectique dans la couche optique, avec ceux de Landouzy, d'Oulmont, etc., qui en avaient observé dans le corps strié.

En résumé, toute lésion du corps strié ou des couches optiques qui a la propriété d'irriter les fibres de la capsule interne peut produire l'athétose. ÉD. RETTERER.

Weitere Beitrag zur Lehre von..... (Étude sur l'anatomie pathologique de la chorée progressive ou héréditaire), par P. KRONTHAL et KALISCHER (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXXXIX*, *2*).

Dans un cas de chorée progressive, datant de 20 ans, on trouve à l'autopsie les méninges épaissies, quoique à un degré peu prononcé. L'écorce cérébrale était atrophiée surtout dans la région rolandique. A l'examen microscopique, on constata que toutes les couches cérébrales, et particulièrement la première et la troisième, présentaient une abondance considérable de noyaux. Les cellules pyramidales, les fibres à myéline et spécialement celles qui ont un trajet horizontal étaient moins altérées et leurs lésions semblaient de nature secondaire. Mais il faut noter surtout l'infiltration de petites cellules, c'est-à-dire des amas de cellules arrondies ou fusiformes qu'on trouvait dans les couches superficielles de l'écorce et dans les couches sous-corticales de la substance blanche. D'autre part, il existait des traînées qui traversaient en tous sens la substance cérébrale grise et blanche et que l'examen microscopique montrait composées de vaisseaux sanguins à parois dégénérées.

Ajoutons que les cellules des cornes antérieures de la moelle épinière et celles des colonnes de Clarke étaient en partie atrophiées.

En résumé les modifications de la substance cérébrale consistent, dans la chorée chronique, essentiellement en troubles diffus du tissu interstitiels : altération des parois vasculaires, prolifération de la névroglie et infiltration de petites cellules. Les cellules nerveuses ne paraissaient avoir été modifiées qu'en second lieu. ÉD. RETTERER.

Ueber Pigmentablagerung in der Darmmusculatur (Sur le dépôt de pigment dans la musculature intestinale), par C. GOEBEL (*Archiv für pathol. Anat. CXXVI*, *3*).

Gœbel examina une centaine de sujets au point de vue du pigment de la musculature digestive. Sauf 4 cas, tous les sujets qui avaient dépassé 18 ans présentaient du pigment dans certaines fibres musculaires lisses du tube digestif. Il en tire cette conclusion que la pigmentation de certaines fibres musculaires lisses est une fonction physiologique.

L'accumulation du pigment augmente avec l'âge. Elle est toujours plus prononcée dans le jéjunum que dans l'iléon ; le cœcum et le côlon sont peu ou point pigmentés. La couche longitudinale de la tunique musculeuse est toujours plus pigmentée que la circulaire ou la muscularis mucosæ.

L'examen comparé des autres organes permet à Gœbel d'affirmer que la pigmentation intestinale fait partie d'un processus plus général ; en effet, dans tous ces cas, on trouve dans d'autres organes (muscles lisses et tissu conjonctif) une élaboration de pigment ; l'épithélium des reins, du pancréas, des glandes salivaires, etc., présente également une pigmentation anormale.

Quant à l'origine de ce pigment, Gœbel pense qu'il ne résulte pas d'un dépôt d'hémoglobine, bien qu'il dérive de cette substance. Celle-ci serait apportée à l'état soluble aux fibres musculaires lisses, qui la transformeraient en corpuscules et en dépôts granuleux. ÉD. RETTERER.

Zur Kenntniss der Organveränderungen bei Leukämie (Lésions des organes dans la leucémie), par HINDENBURG (*Deutsches Archiv f. klin. Med., LIV, p. 209*).

Dans 3 cas, l'auteur a trouvé en mitose les cellules blanches des organes (rate, foie, reins), qui se rencontraient en grand nombre dans le sang, il admet donc le passage dans le sang des cellules blanches de ces organes. Si celles du sang paraissent plus petites que celles des organes, cela tient, pense l'auteur, à des artifices de préparation. C. LUZET.

La lésion médullaire de l'ostéite déformante de Paget, par GILLES DE LA TOURETTE et MARINESCO (*Nouvelle Icon. de la Salpêtrière, n° 4, p. 205, juillet et août 1895*).

A l'autopsie d'un individu atteint de maladie de Paget, les auteurs ont trouvé des lésions des cordons postérieurs de la moelle, qu'aucun trouble pendant la vie n'avait pu faire prévoir. A l'œil nu, la région des cordons postérieurs présentait une coloration jaune pâle qui tranchait d'une façon très nette sur le fond plus foncé du reste de la substance blanche. Cette altération existait surtout au niveau de la région dorsale. L'examen microscopique a cependant montré que les altérations étaient peu prononcées, car il n'existait au niveau des zones altérées qu'une raréfaction légère des fibres nerveuses avec un peu d'épaississement du tissu de soutènement; on n'a pas constaté de véritable sclérose des cordons postérieurs.

Les auteurs ont pu faire, quelque temps après, une deuxième autopsie d'un homme atteint de maladie de Paget et n'ayant non plus jamais présenté de troubles nerveux.

Il existait également des lésions macroscopiques très nettes des cordons postérieurs, ayant leur maximum dans la région dorsale, particulièrement dans la région moyenne et inférieure. La zone radiculaire moyenne et toute la bande de substance blanche qui avoisine la corne postérieure et qui se dirige vers la commissure postérieure étaient normales, tandis que la partie médiane des cordons postérieurs et la zone radiculaire postérieure (de la nomenclature de Flechsig) tranchaient par leur coloration pâle sur les régions précédentes. A l'examen microscopique, on voyait que cette pâleur est en relation avec une raréfaction des fibres nerveuses. Les racines postérieures et les colonnes de Clarke étaient intactes. Il existait des lésions des troncs nerveux des membres inférieurs; ils étaient œdématiés et présentaient des altérations consistant dans l'hyperplasie de la gaine lamelleuse des faisceaux nerveux et dans l'augmentation du tissu conjonctif intra-fasciculaire.

Les lésions médullaires constatées dans ces deux cas semblent bien appartenir à la maladie de Paget. La lésion cantonnée dans certaines parties des cordons postérieurs n'est pas une véritable sclérose, bien que le tissu interstitiel, la névroglie, soit en légère prolifération; il s'agit d'un processus d'atrophie des fibres nerveuses. Quant aux nerfs, trouvés altérés dans un cas, ils sont le siège d'une névrite intestitielle, très probablement d'origine vasculaire. G. LYON.

Beitrag zur Casuistik der Spina bifida occulta, par G. BOHNSTEDT (*Archiv für pathol. Anat., CXL, 1*).

Sur un homme de 20 ans, mort d'une maladie des voies urinaires, on découvrit à l'autopsie un *spina bifida sacralis occulta*.

Les deux moitiés de l'arc neural de la première vertèbre sacrée sont réunies uniquement par une bandelette fibreuse. A partir de ce niveau, le canal

sacré n'est fermé, jusqu'au bas de la colonne vertébrale, que par une couche fibreuse. D'autre part, le canal vertébral est plus large que normalement dans les régions lombaire et thoracique.

La moelle épinière occupe toute la hauteur du canal sacré ; elle est donc plus longue de la hauteur de cinq vertèbres. Absence de queue de cheval. Toute l'extrémité inférieure de la moelle épinière est intimement unie à une couche de tissu musculaire, conjonctif et adipeux qui lui constitue une véritable gaine. La forme de la moelle épinière est anormale à partir de la région cervicale et elle présente des diamètres beaucoup plus réduits que dans les conditions normales.

Il est très probable que cette malformation s'est produite de la façon suivante : à la suite du spina bifida, l'extrémité inférieure de la moelle épinière est restée enclavée dans les lèvres de la fente ; d'où obstacle à l'ascension de la moelle pendant les premiers stades du développement fœtal. La colonne vertébrale continuant à croître, l'allongement a porté sur toutes les portions thoracique et lombaire ; d'où sa diminution dans le sens transversal et antéro-postérieur. ÉD. RETTERER.

Die freien Körper der Tunica vaginalis (Les corps libres de la tunique vaginale), par G. SULTAN (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXL*, *3*).

S. rapporte l'observation d'un sujet de 59 ans, qui fut opéré d'une hernie scrotale et dont la tunique vaginale droite renfermait une tumeur constituée par 10,000 à 20,000 corps libres. Ces corps avaient les uns les dimensions d'une tête d'épingle, les autres celles d'un grain de café, la plupart avaient le volume d'une lentille. L'examen microscopique montra que ces corps libres résultaient d'une dégénération fibrinoïde de la tunique vaginale. Un revêtement nettement endothélial et formé de plusieurs couches recouvrait ces masses fibrinoïdes. ÉD. RETTERER.

Ueber Corpora amylacea..... (Sur les corps amylacés et l'amyloïde local trouvés dans un sarcome endostal du sternum), par O. HILDEBRAND (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXL*, *2*).

Hildebrand a observé dans un sarcome endostal, constitué par des cellules arrondies et géantes, une dégénérescence amyloïde. Cette altération se présentait sous deux formes, c'est-à-dire à l'état d'amyloïde local et de corps amylacés. C'est jusqu'à aujourd'hui le seul cas de tumeur osseuse où l'on ait observé de la substance amyloïde. ÉD. RETTERER.

Les monstres par défaut et les monstres par excès de fécondation, par Mathias DUVAL (*Annales de gyn.*, *février 1895*).

Les kystes dermoïdes ne sont pas des monstruosités doubles ou par inclusion. Ils sont fils et non pas frères du sujet porteur. En effet, ils se développent ordinairement de 20 à 30 ans au moment de l'activité génitale. Dans une observation la tumeur dermoïde s'est développée sur un ovaire reconnu sain à une laparatomie antérieure. Les kystes dermoïdes de l'ovaire sont d'ailleurs ordinairement doubles.

Ce ne sont pas des tumeurs par enclavement. On a démontré l'indépendance du corps de Wolff de l'ectoderme. Cette théorie n'expliquerait d'ailleurs pas la production des os et de l'intestin provenant de l'endoderme ou du mésoderme.

Ils ne sont pas non plus une grossesse extra-utérine puisqu'ils se développent dans l'ovaire où la grossesse extra-utérine est contestée et pour le moins très exceptionnelle.

La seule explication plausible est la théorie parthénogénétique. Elle seule peut donner la raison de l'existence d'organes provenant des trois feuillets. Il est vrai que les productions ectodermiques y sont les plus fréquentes et les plus développées, mais néanmoins il n'est pas rare d'y constater des tissus provenant du feuillet moyen. On y trouve plus exceptionnellement encore les tissus provenant du feuillet interne. A signaler cette particularité que des organes correspondant à une époque tardive de l'évolution y sont constatés : dents de la seconde dentition, cheveux longs, etc.

Les tumeurs dermoïdes du testicule s'expliquent par l'hermaphrodisme primordial des glandes sexuelles Ces théories trouvent leur appui dans l'anatomie comparée et dans l'étude de toutes les transitions observées dans ces tumeurs depuis les plus simples jusqu'aux plus compliquées.

La pathogénie de la monstruosité double repose sur les théories de la bifurcation de l'embryon qui est hypothétique et de la soudure des germes qui s'appuie sur un nombre considérable de faits observés chez les animaux. Les monstres doubles s'observent presque absolument chez les animaux qui portent un seul petit, ils sont très rares chez ceux qui ont plusieurs petits. L'expérimentation et l'observation des animaux inférieurs fournissent des faits très précis où la duplicité embryonnaire est déterminée par la pénétration dans l'ovule de deux spermatozoïdes s'accouplant par leur pronucléus avec le pronucléus femelle.

Les lignes primitives qui en résultent se disposent en Y et V, en X, en Y et en U. Ils correspondent en Y aux tétratodelphes (dycéphaliens et monocéphaliens), en X aux tétratopages (pycopages, ectopages, sternopages, xiphopages), en V aux tératodymes, en Y aux monosomiens, en V aux psodymes. Dans ce cas les deux êtres sont d'égale force approximativement et sont unis.

Mais si l'un des êtres est beaucoup plus fort que l'autre, il accapare pour lui seul le développement allantoïdien et il peut se produire deux phénomènes que les deux êtres soient unis ou séparés. S'ils sont unis, l'un d'eux est parasite de celui qui reste bien constitué, et on se trouve en face des monstres autositaires, épicômes, hypognathes, polymèdes, pygomèles, notomèles, céphalomèles, endogéniens. S'ils sont séparés, la monstruosité omphalosite se trouve constituée et expliquée. PORAK.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Zur Frage über die Wirkung der Schilddrüse auf den Thierkörper (Action du corps thyroïde sur l'organisme), par K. GEORGIEWSKY (*Centralbl. f. med. Wiss., p. 465, 1895*).

L'ingestion journalière de 50 à 100 grammes de thyroïde fraîche de bœuf ou l'injection sous-cutanée de 1 à 8 centimètres cubes de suc thyroïdien provoque, chez le chien, une série de symptômes graves : tachycardie, amaigrissement, polydipsie, polyurie, azoturie, glycosurie, polyphagie, hyperthermie au début, aboutissant à la mort du sujet.

Résultats de l'autopsie : hyperémie de la moelle allongée (deux fois hémorragies capillaires) ; pas d'exophtalmie ni de gonflement de la thyroïde.

LÉON FREDERICQ.

Ueber die Bluteiweissstoffe des Hundes..... (Influence de la thyroïdectomie sur les matières albuminoïdes du sérum du chien), par DUCCESCHI (*Centralbl. für Physiol., IX, p. 359*).

Dans la première période qui suit la thyroïdectomie, c'est-à-dire avant l'apparition des convulsions, il y a augmentation de l'albumine, diminution de la paraglobuline. Dans la période des convulsions, il y a augmentation progressive de la globuline, et diminution de l'albumine et du total des albuminoïdes. Ces phénomènes s'exagèrent jusqu'à la mort.

LÉON FREDERICQ.

Matériaux pour l'étude du rôle physiologique du corps thyroïde, par K.-M. BENISOWITCH (*Thèse de Karkoff, 1895*).

Sur 38 chats thyroïdectomisés, 2 seulement ont survécu plus de 34 jours, les autres étant morts, avant ce délai, de cachexie strumiprive ; sur 13 chiens opérés, 3 ont survécu. Chez la plupart des animaux, immédiatement après l'opération apparurent de l'apathie et de la diminution de la réflectivité ; chez d'autres, au contraire, on observa d'abord de l'excitation, puis des signes d'une intoxication : dilatation inégale des pupilles, leur faible réaction à la lumière, inflammation mucopurulente des conjonctives, photophobie, convulsions dans les membres postérieurs, parfois accès de tétanos, troubles de la respiration et du cœur, affaiblissement de l'ouïe, etc.

Avec la diète lactée, la survie des animaux opérés fut plus longue qu'avec la diète carnée ; la survie des animaux maintenus au jeûne fut plus longue qu'avec la diète lactée. B. a étudié aussi l'influence de la thyroïdectomie sur l'échange des matières sur 5 animaux : en outre de l'augmentation des échanges gazeux, il y a aussi de l'augmentation de la destruction azotée. Sur 2 chiens et sur 6 chats, l'auteur a essayé le trai-

tement curatif par les injections du suc thyroïdien, mais il n'a pu obtenir qu'une seule guérison; toutefois, il lui a été toujours possible d'obtenir une survie plus longue, même des animaux mourants. M. FRENKEL.

I. — Sur la toxicité du suc musculaire des animaux thyroïdectomisés, par G. VASSALE et C. ROSSI (*Arch. ital. de biologie, XXI, p. 339*).

II. — Sur la spléno-thyroïdectomie chez le chien et chez le chat, par G. VASSALE et P. BRAZZA (*Ibid., p. 347*).

II. — La pneumonie provenant de la thyroïdectomie et celle qui est produite par la résection du vague chez les lapins, par F. CAPOBIANCO (*Ibid., XXII, 99*).

IV. — Les altérations du sang dans l'intoxication strumiprive, par S. SCIOLLA (*Ibid., XXIII, p. 282*).

I. — Le chien thyroïdectomisé, en cachexie strumiprive avancée, fournit une macération musculaire (muscle 1 partie, eau distillée stérilisée 1 partie, pendant 2 heures), qui, injectée après filtration (simple), exerce une action toxique sur le chien quand on l'introduit par voie veineuse. La même préparation avec chien normal ne donne pas d'effet. Les symptômes sont : démarche rigide et vacillante avec fléchissement du train postérieur; abattement, anorexie, vomissements, contractions fibrillaires, secousses musculaires, convulsions toniques et même cloniques. — Le résultat est positif, soit que l'on opère sur un chien normal ou sur un chien thyroïdectomisé, mais ne présentant pas encore les symptômes.

Le suc, filtré sur bougie Pasteur, reste sans effet. Le suc du foie est moins toxique et moins encore ceux des autres viscères; à plus forte raison lorsqu'on injecte dans le péritoine au lieu des veines; d'où les résultats négatifs de Sgobbo et Lamari. La toxicité musculaire serait d'autant plus grande que le syndrome morbide consécutif à la thyroïdectomie aurait été plus grave et plus long.

II. — Contrairement à Zanda, qui a prétendu que l'ablation de la rate un mois avant l'ablation de la thyroïde prévient les effets de cette dernière, les auteurs constatent, avec Sanguirico et Canalis, que le syndrome morbide de la thyroïdectomie se développe parfaitement chez les chiens et les chats.

III. — Chez le lapin, la thyroïdectomie produit une intoxication du système nerveux, à la suite de laquelle se produit une inflammation parenchymateuse sous l'action de bactéries typho-simili. La section des vagues, chez le lapin, amène également une pneumonie mortelle en 24-50 heures, analogue à la pneumonie précédente par ses caractères, également due à l'action d'une bactérie offrant les mêmes particularités biologiques et culturales que dans le cas de thyroïdectomie, mais à marche plus rapide. L'auteur affirme que dans la thyroïdectomie il y a des altérations des noyaux bulbaires, spécialement du vague, équivalant précisément à une section partielle de ce nerf et produisant, en conséquence, plus lentement, les mêmes effets que la section totale.

IV. — L'extirpation de la thyroïde modifie peu le sang; il y a seulement diminution légère de globules rouges, augmentation des globules blancs, diminution de densité de 1069 à 1058, diminution des résidus secs. Le sérum n'est pas altéré. La thyroïde ne semble pas conférer aux

hématies la propriété de fixer l'oxygène, ni jouer un rôle hématopoiétique. DASTRE.

Zur Physiologie der Thyreoidea, par DE DOMINICIS (*Wiener med. Woch.*, *14 et 21 septembre 1895*).

L'extirpation totale de la glande thyroïde provoque chez les animaux, dans l'espace de 2 à 4 jours, rarement plus, des troubles trophiques et nerveux qui se terminent toujours par la mort; il est tout à fait exceptionnel que ces perturbations manquent, cependant le fait a pu se produire sans que l'explication en soit pleinement satisfaisante; il peut s'agir soit d'un développement compensateur de thyroïdes annexes, soit d'un organe inconnu jusqu'ici qui suppléerait la fonction de la thyroïde; le complexus symptomatique est à concevoir comme une sorte d'auto-intoxication directe s'attaquant tout d'abord au système nerveux : la glande thyroïde a pour mission de neutraliser les toxines qui se forment continuellement dans le sang et d'en prévenir ainsi l'accumulation; il n'y a aucun rapport entre les fonctions de la rate et celles de la glande thyroïde; la transplantation de la thyroïde, quand elle réussit, empêche toujours les manifestations morbides d'éclater. CART.

Influence de l'extirpation du corps thyroïde sur la quantité d'oxyhémoglobine contenue dans le sang, par P. MASOIN (*Bulletin de l'Acad. de méd. de Belgique*, *n° 1*, *p. 88*, *1895*).

La quantité relative d'oxyhémoglobine diminue dans le sang après la thyroïdectomie, et la courbe de diminution suit sensiblement la marche des accidents consécutifs à la thyroïdectomie. Au moment des accès épileptiformes et des crises de polypnée, il existe dans le sang un mélange d'hémoglobine réduite et d'oxyhémoglobine.

La diminution d'oxyhémoglobine résulte directement de la suppression de la fonction du corps thyroïde et non pas d'une diminution relative du nombre des hématies, ni de l'inanition. LEFLAIVE.

Ueber das Verhalten des Stoffwechsels..... (De l'état de la nutrition dans la thérapeutique thyroïdienne), par DENNIG (*Münchener med. Woch.*, *n° 17*, *p. 389*, *1895*).

L'auteur attire l'attention sur l'azoturie produite par l'ingestion de corps thyroïde sur l'organisme sain. Cette azoturie a monté dans un cas jusqu'à correspondre à une perte quotidienne de 35 à 40 grammes d'albumine, soit 150 à 200 grammes de chair. En même temps il y a abaissement du poids du corps, lequel se relève dès qu'on cesse l'administration du remède. Il signale en outre parmi les inconvénients de la médication l'albuminurie et la glycosurie; ce qui fait qu'on ne doit pas laisser à la disposition de tout le monde les préparations de corps thyroïde. C. LUZET.

La toxicité du sang asphyxique, par S. OTTOLENGHI (*Arch. ital. de biol.*, *XXIII*, *p. 117 et 281*).

L'auteur a étudié la toxicité du sang de lapins asphyxiés sur d'autres lapins sains. Préalablement il fixe le coefficient hématotoxique du caillot et

du sérum réunis et isolés injectés à la vitesse de 5 centimètres cubes par minute dans la veine sous-clavière. On asphyxiait ensuite les animaux par suffocation lente et on recommençait les mêmes essais.

L'injection intra-veineuse du sang homogène est inoffensive à la dose de 12 grammes par kilogramme du poids du corps : celle du sang asphyxique est active aux doses de 1 à 6 0/0. On observe de la stupeur, paralysie sensorielle et motrice, absence du réflexe irien, et plus tard une allure incertaine, ataxique. Ces symptômes ressemblent à ceux de l'asphyxie incomplète.

Le sang du ventricule droit de lapins suffoqués lentement (13-20 minutes), injecté à dose de 2 à 6 0/00 à un autre lapin amène stupeur, paralysie motrice et sensorielle, immobilité, allure ataxique ; à dose de 10-13 0/00, la mort. Tandis que le sang non asphyxique, à même dose, est sans effet. Ainsi, dans l'asphyxie, le sang augmente notablement sa toxicité et provoque des symptômes asphyxiques. DASTRE.

Toxicité de la vapeur aqueuse expirée par des individus sains et par des individus malades, par P. LIVIERATO (*Archives ital. de biologie*, *XXIII*, *p. 279*).

La vapeur expirée est condensée, recueillie, injectée à des lapins, avec les résultats suivants : 1° la vapeur de malades des voies respiratoires, fièvreux, a produit état fébrile (3-6 jours), torpeur, diminution de réflexes ; 2° mêmes effets atténués dans le cas de malades non fiévreux ; 3° fièvreux sans maladie pulmonaire, pas d'élévation thermique ; 4° individus sains, rien ; 5° Les faits positifs sont indépendants de l'action des microbes, puisqu'ils persistent avec les liquides stérilisés. DASTRE.

Ein Fall von totaler Milzregeneration (Un cas de régénération totale de la rate), par LAUDENBACH (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXLI*, *1*).

Après avoir extirpé sur un chien la plus grande partie de la rate, Laudenbach laissa vivre l'animal avec ce qui restait de la rate (une petite portion seulement). Au bout de six mois, il constata que la rate était complètement régénérée ; la rate avait de nouveau acquis les dimensions et la structure d'une rate normale. Elle pesait 17 grammes, tandis que la rate qui avait été extirpée avait un poids de 19^{gr},2.

Une petite portion du tissu splénique possède ainsi la faculté de régénérer tout l'organe. ÉD. RETTERER.

Experimenteller Beitrag zur Frage der Gallensteinbildung (Expériences relatives à la question de la formation des calculs biliaires), par J. MAYER (*Archiv für pathol. Anat.*, *CXXXVI*, *3*).

Dans trois essais, J. Mayer introduisit des corps étrangers (billes d'ivoire, d'agar-agar, etc.) dans la vésicule biliaire de chiens qu'il laissa vivre plus d'un an. A l'autopsie, pas de calculs biliaires dans la vésicule. Même résultat négatif après une injection de bactérium coli.

Pour la formation des calculs biliaires, il est donc nécessaire que l'épithélium de la vésicule biliaire soit préalablement malade.

ÉD. RETTERER.

Les toxines microbiennes : contribution à l'étude de leur action physiologique, par J. ARTAUD (*Thèse de Lyon*, *1895*).

L'auteur, se basant sur ses expériences poursuivies dans le laboratoire de Arloing et portant sur les modifications fonctionnelles produites par les substances solubles du pneumobacillus liquefaciens bovis, du bacille de la morve et du bacillus heminecrobiophilus, conclut qu'il existe un double rôle de poison et de ferment joué par les sécrétions microbiennes une fois introduites dans l'organisme par voie veineuse.

Le rôle de poison se manifeste dans la production des effets immédiats (modifications vaso-motrices et cardiaques, hypersécrétions glandulaires avec les produits solubles expérimentés par l'auteur).

Le rôle de ferment, qui succède à une phase silencieuse ou d'incubation de durée variable, est marqué par l'apparition d'une seconde série d'accidents ayant beaucoup d'analogie avec les premières manifestations toxiques et résultant des sécrétions anormales par perversion nutritive des cellules de l'organisme au contact du ferment.

Cette période intermédiaire latente entre les accidents immédiats et les accidents plus éloignés, avait déjà été signalée par Courmont et Doyon pour la tétano-toxine et par Henriquez et Hallion pour la toxine diphtéritique. H. BOURGES.

Poisons de l'organisme, poisons du tube digestif, par CHARRIN (*In-8°*, *Paris*, *1895*).

Le tube digestif est exposé à l'action de toxiques endogènes et exogènes.

Toxiques endogènes. — Dans la bouche il ne se produit guère que des poisons sécrétés par les microbes, hôtes habituels de cette cavité, car la salive est d'une toxicité nulle ou faible. Le suc gastrique est toxique au contraire, non seulement à l'état normal mais encore à l'état pathologique (poisons convulsivants ou comateux, isolés du suc gastrique des hyperchlorhydriques). Les acides du suc gastrique sont faiblement toxiques, mais les peptones le sont à un haut degré. A côté des microbes utiles à la digestion auxquels l'auteur consacre un intéressant chapitre, la flore de l'estomac (sarcines, levures et bactéries) donne des produits de fermentations toxiques tels que l'alcool, l'acétone, ou dégage des gaz nuisibles. Enfin, dans l'intestin, le suc pancréatique par ses ferments particulièrement la trypsine, la bile par ses sels et ses pigments, les microbes intestinaux, agents de putréfaction, sont autant de générateurs de poisons formés sur place.

Toxiques exogènes. — Ceux-ci sont à peu près entièrement fournis par les aliments, qui se modifient en traversant le tube digestif. D'abord ce ne sont que quelques fermentations provenant des débris alimentaires retenus dans la bouche; mais dans l'estomac la masse alimentaire séjourne et l'expérimentation a démontré le haut degré de toxicité des sucs des muscles et surtout du foie, des albumines, de la glycérine produit de décomposition des graisses, de la potasse qui se trouve dans l'extrait de viande, dans le froment, dans les légumes, de l'alcool, des éthers, des bouquets et même de l'eau par ses principes minéraux. L'existence de ces

poisons alimentaires est bien mise en évidence par l'influence de l'alimentation sur la toxicité des urines. Lorsque la digestion est terminée, les excreta, qui représentent le résidu des aliments, sont encore toxiques tant par les substances minérales qu'ils contiennent que par les alcaloïdes de la putréfaction qu'ils renferment ; la formation de ces derniers est favorisée par les états pathologiques dans lesquels la production d'acide chlorhydrique ou la sécrétion biliaire sont entravées.

Enfin, à ces toxiques exogènes habituels, il faut en joindre quelques autres, qui pénètrent accidentellement dans le tube digestif : tels sont les médicaments qui s'éliminent par la salive, les poisons des aliments avariés (botulisme), le plomb, le cuivre, l'arsenic, l'acide salicylique, etc., qui peuvent être mêlés aux aliments soit par une erreur de préparation, soit à la suite de sophistications.

Ces poisons endogènes et exogènes concourent à produire des accidents d'auto-intoxication qui retentissent sur tout l'organisme.

Heureusement que celui-ci ne reste pas sans défense. A l'état physiologique, l'effet de ces toxiques est affaibli ou complètement détruit par l'accoutumance, la neutralisation par les mélanges, les oxydations. L'épithélium du tube digestif traversé par les poisons en atténue la toxicité ; le foie d'abord, le corps thyroïde et les capsules surrénales ensuite les arrêtent et les détruisent ; les excréments, les urines, la bile, la salive, les poumons les éliminent avant qu'ils aient pu nuire. H. BOURGES.

Propriétés physiologiques des toxines, par CHARRIN (*Revue gén. des Sciences, janvier 1895*).

L'auteur montre qu'il faut étudier les toxines comme on étudie le curare, la strychnine, les divers corps chimiques. Il met en évidence leurs effets sur la circulation, la respiration, les sécrétions, sur l'état anatomique des tissus, sur les humeurs, le sang, la bile, la lymphe, établissant que les bactéries créent la maladie, parce que ces toxines troublent la structure, le fonctionnement, la physiologie, la chimie de la cellule. A. C.

Ueber die chemische Wirkung..... (De l'action chimique électrolytique sur les produits bactériens toxiques et immunisants), par S. KRUEGER (*Deutsche med. Woch., n° 21, p. 331, 1895*).

Il résulte des expériences entreprises par l'auteur sous la direction du professeur Renvers, que l'on peut obtenir par l'électrolyse un sérum présentant autant d'efficacité au point de vue de l'immunisation que le sérum provenant des animaux traités pas la méthode de Behring.

Les points suivants ont été successivement établis :

1° Le courant constant peut en dehors de toute action chimique, en employant des électrodes non polarisables, arrêter complètement les bactéries dans leur développement sans les tuer ;

2° Le courant constant avec les électrodes polarisables peut tuer les bactéries et leurs spores dans des conditions déterminées d'intensité et de durée ;

3° Dans des conditions déterminées d'intensité et de durée, le courant

constant peut, comme la chaleur, donner à une culture bactérienne des propriétés immunisantes. Pour obtenir ce résultat, Krüger emploie un tube en U de 22 centimètres de long et de 18 millimètres de diamètre, qu'il remplit de bouillon de culture diphtéritique, vieux de six semaines et dont le coefficient toxique a été déterminé. Il fait passer dans ce bouillon un courant de 0,19 milliampères par millimètre carré pendant douze heures; il obtient ainsi un liquide absolument clair qui, injecté à la dose de 2 centimètres cubes, rend absolument réfractaire au poison diphtéritique un lapin de 1,500 grammes.

Pour employer ce liquide, chez l'enfant, il faudrait de 20 à 26 centimètres cubes pour un sujet de 15 à 20 kilogrammes, mais on pourrait, par l'évaporation dans le vide, le réduire à un cinquième de son volume.

H. DE BRINON.

Recherches sur l'action bactéricide du sang, par R. JEMMA (*Arch. ital. de biol.*, *XXIII*, *p. 282*).

Le sérum d'individus sains ou affectés de variole, rhumatisme articulaire, typhus, érysipèle, a un pouvoir bactéricide contre le bacille du choléra et celui du typhus, moindre contre le charbon; nul contre le streptocoque de l'érysipèle. Il est le plus actif lorsqu'il est pris dans la période d'hyperpyrexie. Le sérum des malades charbonneux est favorable au bacille charbonneux. Le pouvoir bactéricide s'atténue mais sans disparaître, dans l'étuve à 55° pendant 30 minutes; à 50°5 pendant 3 heures; à 45° pendant 20 heures.

DASTRE.

Sulla tossicità del siero di sangue dei trasudati, essudati e dell' urina umana, par P. CASTELLINO (*Il Morgagni*, *p. 1, 81, 185*, *225 et 305*, *janvier à mai 1895*).

L'injection intra-veineuse de sérum provenant d'un homme sain provoque chez le lapin des phénomènes toxiques aboutissant à la mort; le sang de l'animal a un pouvoir toxique très considérable, lorsqu'on l'injecte à un autre lapin; il provoque rapidement une action globulicide au contact des hématies de l'homme et du chien. Les symptômes et les lésions provoquées ainsi par l'injection de sang humain sont les mêmes lorsque l'homme qui fournit le sang est atteint d'un état pathologique, mais le coefficient de toxicité varie dans les divers états pathologiques, suivant les conditions de la crase sanguine, le pouvoir globulicide et coagulant du sérum, la rapidité de la coagulation du sang, le pouvoir coagulant de la plasmine. La toxicité des exsudats pathologiques est variable et ses variations sont souvent en rapport avec leur densité et leur teneur totale en albuminoïdes. Le liquide amniotique, provenant d'une femme saine, est dépourvu de pouvoir coagulant et globulicide et n'a qu'un faible pouvoir toxique.

L'urine des sujets sains et robustes, neutralisée, filtrée, réchauffée, a un léger pouvoir globulicide; mêlée à la plasmine de Denis et à la fibrinogène de Hammarsten, elle n'a qu'un faible pouvoir coagulant; dans les états pathologiques, ses pouvoirs globulicide et coagulant sont accrus et en rapport avec ceux du sérum du sang du sujet qui l'a émise; son pouvoir toxique est en rapport avec son pouvoir globulicide et coagulant. Les

symptômes provoqués par l'injection d'urine sont toujours identiques et ne diffèrent que par la quantité d'urine nécessaire à les produire.

Toutes les substances auxquelles on a attribué la toxicité urinaire sont incapables de l'expliquer, car, injectées aux doses où elles existent dans l'urine, elles ne reproduisent pas les mêmes accidents que l'injection d'urine.

Le pouvoir globulicide du sérum, des exsudats, de l'urine, est dû à la nucléine; celle-ci, agissant comme zymogène du ferment de la fibrine et ayant une énergique action coagulante, est la cause de la propriété coagulante de ces liquides. La mort de l'animal dépendant d'une action d'abord globulicide puis coagulante et asphyxiante par suite de la production de thromboses, le pouvoir toxique du liquide dépend de la nucléine qu'il contient ou qui est mise en liberté par les processus hémolytiques. La production de celle-ci augmente dans les maladies infectieuses, d'où augmentation du pouvoir toxique des liquides. GEORGES THIBIERGE.

Bacille pathogène pour le règne végétal, par CHARRIN et OSTROWSKY (*Soc. de biol.. juillet 1895*).

Un bacille, qui cause l'affection connue sous le nom de brunissure des sarments, est capable de tuer le lapin.

En dehors de la notion générale d'un même agent pathogène pour les deux règnes, il y a là un intérêt particulier au point de vue des habitats microbiens. A. C.

Influence des sérums sur l'évolution des maladies, par MEYER (*Soc. de biologie, 1895*).

En collaboration avec Charrin, l'auteur a vu que les sérums de sujets malades étaient parfois plus nuisibles qu'utiles (sérum d'albuminuriques, de cirrhotiques, etc.), tandis que les sérums de vaccinés retardent la mort ou l'empêchent. Les premiers contiennent des poisons dont la maladie facilite l'accumulation. A. C.

Recherches sur la fonction fluorescigène des microbes, per Ch. LAPIERRE (*Ann. de l'Inst. Pasteur, p. 643, août 1895*).

L. a isolé des eaux d'une citerne un bacille fluorescent pathogène non encore décrit : il a 2 à 3 μ de longueur, $0\mu,5$ de largeur, extrémités arrondies, droit ou légèrement incurvé, presque immobile; présente un cil à une extrémité, prend bien les couleurs d'aniline, ne résiste pas au Gram. Cultive sur bouillon, sur gélatine qu'il ne liquéfie pas, etc. Au début il présenta un pouvoir pathogène très marqué pour le lapin et le cobaye (abcès caséeux, péritonite généralisée) qui s'atténua avec les cultures successives.

La fluorescence est jusqu'à un certain point indépendante du développement de l'espèce. Elle ne se manifeste que si les conditions générales du milieu nourricier (forme de l'aliment carboné ou azoté, température, etc.) sont favorables. Elle ne paraît pas être l'apanage exclusif d'une fonction ou d'un élément chimique; des groupements moléculaires très différents jouissent de la propriété de la manifester. Elle est indépendante de l'existence et de la quantité relative des phosphates, ceux-ci étant cepen-

dant en certaine quantité nécessaire à la vie de l'espèce. L'addition de ces sels n'entraîne pas le développement de la fluorescence dans un milieu qui au début ne la produisait pas. PAUL TISSIER.

Beiträge zur Ätiologie der putriden Bronchitis, par Th. HITZIG (*Archiv f. pathol. Anat., CXLI, 1*),

Dans un cas de bronchite putride, Hitzig observa dans les crachats la présence de deux espèces de bacilles ayant une longueur de 1 à 2 millimètres. L'un (A) était transparent, tandis que l'autre (B) avait un aspect opaque. En isolant ces deux espèces de bacilles et en les étudiant dans des cultures pures, Hitzig trouva que le bacille A avait les caractères des colibacilles et prenait la forme de bâtonnets courts, épais, ou se présentait souvent sous la forme de diplobacille. Il ne liquéfie pas la gélatine et donne lieu à la production de gaz quand il est cultivé dans le bouillon, la gélatine et l'agar. Inoculé à des souris, des cobayes et des lapins, il est pathogène; il produit, en effet, une suppuration fibrineuse, des inflammations suivies de nécrose et amène rapidement la mort des animaux.

Le bacille B ne liquéfie pas la gélatine et se montre pathogène, à fortes doses, pour les souris et les cobayes, mais n'est pas virulent, à dose moyenne, pour le lapin.

Le traitement par la créosote amena, au bout de quelques semaines, une amélioration notable et modifia particulièrement la quantité et la mauvaise odeur des crachats. ÉD. RETTERER.

Intorno alle proprietà immunizanti e terapeutiche dei veleni contenuti nei visceri tubercolosi, par E. BONARDI (*Gazz. med. Lombarda, 1895*).

L'auteur, poursuivant des recherches antérieures (*R. S. M.*, XL, 72), a constaté que les injections de petites doses répétées d'extraits de viscères tuberculeux ne confèrent pas aux cobayes l'immunité contre l'infection tuberculeuse, mais peuvent seulement augmenter sensiblement leur résistance contre cette infection.

Chez l'homme tuberculeux, elles produisent une réaction plus ou moins intense des foyers tuberculeux, et dans la forme pulmonaire une augmentation des râles, une exagération de la toux et de l'expectoration suivies de leur diminution et de leur disparition; les glandes tuberculeuses diminuent de volume; la réaction fébrile peut suivre l'injection et est tantôt forte tantôt faible; l'état général s'améliore sensiblement, le poids augmente; les injections ne provoquent aucun accident gênant.

GEORGES THIBIERGE.

Recherches expérimentales sur les produits toxiques du bacille de la tuberculose, par MAFFUCCI (*Arch. ital. de biol., XXIII, p. 281*).

Les cultures des bacilles tuberculeux, stérilisées, produisent le marasme et beaucoup des lésions de la tuberculose, chez les cobayes. La toxine provient de la désagrégation du bacille mort; elle a une grande part au processus tuberculeux. DASTRE.

Ueber Homogenisirung und Sedimentirung des Sputum durch Verdauung, par R. PAULUS (*Corresp.-Blatt für schweiz. Aerzte*, n° 8. p. 225, 15 avril 1895).

Carl Spengler a décrit (*Zeitschr. f. Hyg.*, XVIII) un procédé pour l'homogénéisation et la sédimentation des crachats tuberculeux, en les faisant digérer par la pancréatine. Paulus considère ce procédé de recherche des bacilles tuberculeux comme plus simple et plus sûr que les procédés analogues de Biedert (*R. S. M.*, XXX, 160), de Dahmen, de von Ketel (*R. S. M.*, XLII, 75), de Mühlhäuser et de Stroschein.

On dépose le crachat dans un verre à pied, on verse par dessus un peu d'eau distillée, on remue avec une baguette de verre; puis on ajoute quelques gouttes d'une liqueur concentrée de carbonate sodique et la valeur d'une petite pointe de couteau de pancréatine en poudre; on remue de nouveau afin de bien répartir la pancréatine. Ensuite on place le verre à pied, couvert, dans un endroit ayant une température de 35 à 40° centigrades et on l'y laisse 16 ou 18 heures. Pendant ce temps, la pancréatine a transformé en peptones solubles les albuminoïdes insolubles qui restent dans le liquide opalescent, tandis que les éléments non digérés, noyaux de cellules et microbes, se sont précipités au fond du verre. On prélève avec une pipette une parcelle du sédiment qu'on place sur le couvre-objet, on la sèche et on la colore par les procédés habituels.

J. B.

Ein Beitrag zur Frage über Lungenblutungen (Hémorragies pulmonaires), par GLUZINSKI (*Deutsche Arch. f. klin. Med.*, *LIV*, p. 178).

Les expériences sur 6 chiens et 1 lapin ont donné à Gluzinski les résultats suivants : quoi qu'on en ait dit, l'épanchement du sang normal dans un poumon entièrement sain est loin de constituer un fait indifférent ; dès les 24 premières heures, il peut se produire une réaction dans le parenchyme pulmonaire, avec desquamation de l'endothélium alvéolaire et de celui des petites bronches, et immigration de cellules lymphatiques, constituant souvent aussi des nodules péribronchiques. Vers le 6e jour, se produit de l'atélectasie pulmonaire avec épaississement du tissu interstitiel aux points où l'épanchement sanguin existait. On peut encore au 21e jour constater cet état. On peut en conclure que le sang altéré, épanché dans un poumon malade, peut produire davantage de lésions.

C. LUZET.

I. — Ueber die Beziehungen zwischen seröser Pleuritis und Tuberculose, par Hermann EICHHORST (*Corr.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, n° 13, p. 385, 1er juillet 1895).

II. — Discussion du Congrès des médecins suisses (*Ibidem*, p. 402).

I. — Dans le but d'élucider la question des rapports de la pleurésie séreuse avec la tuberculose, depuis un an Eichhorst inocule dans la cavité péritonéale de cobayes, qu'il sacrifie au bout de six à huit semaines, le liquide provenant de la ponction exploratrice de tous les malades entrés à la clinique de Zurich pour une pleurésie avec épanchement ; cette ponction est pratiquée dans les trois premiers jours de leur admission. Au

début, quand il n'inoculait qu'un gramme de liquide, sur 11 liquides pleurétiques il n'en a trouvé qu'un d'infectant. Mais dès qu'il injecta 15 grammes, les résultats furent tout autres et avec 23 malades ayant des pleurésies ne paraissant nullement suspectes, il y eut 15 animaux, soit 65 0/0 rendus tuberculeux. Conclusion : les deux tiers des pleurésies séreuses sont de nature tuberculeuse dès le début.

II. — *Socin* ajoute que la pleurésie joue aussi un rôle assez important dans les anamnestiques des tuberculoses chirurgicales ; son enquête, qui a porté sur plusieurs centaines de malades, en a montré 8 0/0 comme comptant une pleurésie séreuse parmi leurs antécédents.

De Cérenville signale deux caractères cliniques appartenant plus spécialement à la pleurésie tuberculeuse : la fièvre insignifiante ou nulle et la rapidité de formation de l'exsudat. J. B.

Alterazioni istologiche e vitalità dei bacilli di Löffler nelle pseudo-membrane differiche dell' uomo, studiate fuori l'organismo, par B. PERNICE et SCAGLIOSI (*Riforma med.*, nos *142*, *143*, *144*, *juin 1895*).

Dans les fausses membranes détachées de l'organisme humain, les bacilles de Löffler restent vivants au plus pendant 59 jours ; ils sont nombreux jusqu'à la deuxième ou troisième semaine, commencent à dégénérer, puis diminuent toujours davantage de nombre et finissent par disparaître à l'examen histologique et dans les cultures ; ils restent en vie pendant 48 à 50 jours, dans les fausses membranes maintenues à la lumière diffuse, tant dans l'air sec que dans l'air humide. Les bacilles de Löffler résistent moins que les cocci qui les accompagnent. A la période où les réactifs colorants ne révèlent plus la présence des bacilles et où les cultures restent constamment stériles, ces fausses membranes sèches ou humides inoculées aux animaux provoquent seulement la suppuration par l'action des microcoques pyogènes. GEORGES THIBIERGE.

De l'influence des sérums sur les variations de quelques éléments urinaires, par A. DESGREZ (*Thèse de Paris*, *1895*).

L'injection de sérum antidiphtérique faite à des lapins en proportion un peu supérieure à la dose thérapeutique habituelle, mais égale ou même inférieure à celles prescrites pour les cas graves de diphtérie, en tenant compte du poids du lapin comparé à celui de l'enfant, ou de l'adulte, provoque chez ces animaux des phénomènes de dénutrition, qui se manifestent par une diminution anormale et fréquemment considérable de leur poids initial ; par une augmentation simultanée des éléments dissous dans l'urine, surtout l'urée et le chlore ; par une entérite prononcée avec diarrhée profuse pouvant entraîner la mort de l'animal.

A part l'entérite, l'autopsie ne révèle que de la congestion des organes, les reins paraissent sains ; l'albuminurie est d'ailleurs exceptionnelle et très minime.

Il semble résulter de ces expériences que $1^{cc},5$ de sérum antidiphtérique peut être une dose toxique mortelle pour 1 kilogramme d'animal.

Les sérums d'ascite et de pleurésie provoquent des modifications analogues de la nutrition, mais beaucoup moins accentuées, généralement sans issue fatale. H. BOURGES.

Experimentelles zur Lehre von der Infections-Krankheiten..... (Recherches expérimentales sur les maladies infectieuses de l'œil), par Max PERLES (*Archiv für path. Anat.*, *CXL*, *2*).

M. Perles a inoculé dans l'œil du lapin une série de cultures pures de divers bacilles afin d'étudier les lésions consécutives. Voici les résultats essentiels de ces recherches :

Le bacille du foin, la sarcine jaune ou orange, le bacille du poisson pourri, le spirille du choléra, inoculé dans la chambre antérieure ou le corps vitré ne produisent pas d'altérations notables dans le globe oculaire. Sauf les inflammations de l'iris, qui guérissent presque complètement par la suite, ces inoculations laissent des exsudats complètement stériles.

Le bacille dendriticus se comporte de même. Le bacille du typhus produit de l'hypopyon ; mais, au bout de trois jours, le contenu de la chambre antérieure se montre stérile.

Les streptocoques et les bacilles de la diphtérie déterminent des effets analogues.

Le bacille de Friedländer et le diplocoque de Fränkel présentent, au contraire, un intérêt plus marqué.

Il suffit d'inoculer dans l'œil d'un lapin des traces de pneumobacilles, pour voir apparaître une panophtalmie, qui finit par amener au bout de 16 heures la rupture du globe oculaire. Mais, sauf les troubles oculaires, le lapin ne présente pas d'autres lésions organiques.

Quant au pneumocoque virulent de Fränkel, il provoque non seulement des troubles oculaires, mais encore une infection générale.

ÉD. RETTERER.

Zallenstudie an der gereitzen Hornhaut (Étude cellulaire sur la cornée irritée), par K. YAMAGIVA (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXXXVII*, *1*).

A la suite d'une série d'expériences sur la cornée du lapin (irritations chimiques et mécaniques), Yamagiva tire les conclusions suivantes : 1° les cellules de la cornée sont irritables ; 2° les cellules migratrices s'observent à côté des cellules fixes.

Il s'autorise des résultats fournis par l'étude détaillée de ces deux formes de cellules pour mettre en doute « les cellules dormantes » de Kruse et Grawitz. Ces derniers éléments ne seraient que les cellules fixes de la cornée atteintes par les premiers troubles inflammatoires. Quand la cornée a perdu son revêtement épithélial à la suite de l'inflammation, on trouve à ce niveau de nombreux leucocytes, sans que Yamagiva puisse dire d'où ils sont venus. ÉD. RETTERER.

L'ascite inflammatoire, par J. TALMA (*Zeitschr. f. klin. Med.*, *XXVII*, *p. 1*).

Les recherches de Talma sur les diverses inflammations du péritoine permettent d'expliquer l'action curative de la laparotomie exploratrice. C'est à l'action de l'air, peut-être de la lumière que celle-ci doit être tout d'abord attribuée. Puis, après l'évacuation d'une partie du liquide, le reste est partiellement résorbé ; il renferme, en cas de péritonite tuber-

culeuse, une substance analogue à la tuberculine et agissant comme elle. Le sérum étant un milieu propre à la culture de tous les microorganismes, son évacuation est utile.

Enfin, la diminution de pression intervient ; elle amène une exacerbation dans la formation du tissu conjonctif ; il se forme des pseudomembranes aseptiques récentes qui facilitent la résorption de l'exsudat restant. Celle-ci est encore facilitée par le fait que la circulation et la respiration sont plus libres. L'action curative résulte donc d'éléments complexes. A.-F. PLICQUE.

Notes sur un nouveau microbe intestinal, par Charles DE KLECKI (*Annales de l'Inst. Pasteur, n° 9, p. 735, septembre 1895*).

Bacille à bouts arrondis long de 2 μ, large de 0 μ,75, plus long dans les cultures anciennes, mobile, souvent en amas, rarement en courtes chaînettes, ne liquéfiant pas la gélatine, se colorant par le Gram. Donnant de chaque côté de la strie d'inoculation sur gélose, au bout de 24 heures, à 33° des prolongements finement ramifiés. Sur plaque de gélatine au bout de 3 à 4 jours, colonies de forme *astéroïde*. P. TISSIER.

The mycological processes of the intestines, par V.-D. HARRIS (*The Journ. of pathol. and bact., III, n° 3, p. 310*).

L'auteur examine le contenu du duodénum et de l'extrémité supérieure du jejunum, soit sur le cadavre de l'homme, soit chez les animaux soumis à un jeûne préalable de 36 heures et tués par le chloroforme. Chez l'homme, il trouve 4 espèces constantes, parmi lesquelles le Proteus vulgaris et le B. coli ou des bactéries coliformes.

Sur 20 espèces différentes, isolées de l'intestin de l'homme et des animaux, 6 secrétaient de l'indol. Les variétés du B. coli communis, ensemencées dans le bouillon Liebig, additionnées de sucre de canne, produisaient de l'acide lactique ; l'une d'elles intervertissait le sucre de canne. La saccharification de l'amidon a été presque nulle.

H. VINCENT.

Note sur certains animaux protozoaires qui se rencontrent dans l'intestin de l'homme, par E. PERRONCITO (*Arch. ital. de biologie, XXII, p. 138*).

On trouve dans l'intestin : une monade très mobile de 2 μ à 3 μ ; une amibe de 10 μ à 16 μ à protoplasma granuleux, noyau vésiculaire, mouvement particulier de l'amœba coli (Lœsch) ; une amibe de 2 μ sur 5 μ, à forme triangulaire, à mouvement de translation, sans flagellum. La monade et l'amibe ont été observés, en même temps que les mégastomes, chez un sujet ayant aussi des trichomonas et des cercomonas intestinalis à l'état d'enkystement. DASTRE.

Le bacille typhique et le coli-bacille, par N.-N. MIASNIKOFF (*Vratch, n° 40, 1895*).

1°. Il existe plusieurs variétés de bacillus coli communis dont chacune conserve, d'une façon fixe, ses principales propriétés. Par des artifices de culture, on peut, il est vrai, atténuer ou même faire disparaître tel ou tel

caractère, mais seulement pour un temps court; remis dans les conditions ordinaires, le bacille reprend ses propriétés antérieures.

2° En prenant pour base ses propriétés principales, on peut distinguer dans le groupe des coli-bacilles les variétés suivantes :

a) La forme typique qui coagule le lait, dégage des gaz dans les mi lieux sucrés et forme de l'indol;

b) Ressemble à la forme typique, mais ne coagule pas le lait;

c) Ressemble à la forme typique, mais ne dégage pas des gaz ;

d) Ressemble à la forme typique, mais ne produit pas d'indol;

e) Ressemble à la forme typique, mais ne coagule pas le lait et ne dégage pas de gaz;

f) Ressemble à la forme typique, mais ne produit ni gaz ni indol;

g) Ressemble à la forme typique, mais ne coagule pas le lait et ne produit pas d'indol.

Chacune de ces variétés présente des formes mobiles et des formes immobiles.

3° Le bacille typhique doit être considéré comme une des variétés du coli-bacille commun (qui ne coagule pas le lait et ne produit ni gaz, ni indol).

4° De même qu'il n'est pas possible de transformer une variété de colibacille dans une autre, de même il est impossible de transformer une variété quelconque de ce microbe en bacille typhique.

5° Pour avoir le droit, à l'heure actuelle, de considérer une culture donnée comme étant le bacille typhique, il faut constater, en outre de ses caractères communs avec le bacille du côlon, l'absence du pouvoir : de coaguler le lait, de dégager des gaz dans les milieux sucrés et de produire de l'indol.

6° Beaucoup de faits rapportés comme bacille typhique trouvé dans l'eau, les selles, le pus, etc., sont sujets à caution, comme ne satisfaisant pas cette triple condition. H. FRENKEL.

Recherches sur la pathogénie de la péritonite d'origine intestinale; étude de la virulence du coli-bacille, par Charles de KLECKI (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, *n° 9*, *p. 710*, *septembre 1895*).

La péritonite intestinale provoquée par le passage des microbes non spécifiques de l'intestin dans la cavité péritonéale, est en général une polyinfection, due à l'invasion de différentes espèces microbiennes du contenu intestinal. La plupart de ces microbes ne présentent pas de virulence propre. La virulence du coli-bacille est acquise et est due, au moins en partie, à la symbiose avec d'autres espèces microbiennes (B. Largus), symbiose qui devient très intime à cause de la pullulation énorme des bactéries dans le contenu de l'intestin pathologique (expériences sur le chien, étranglement d'une anse).

L'exaltation de virulence n'est pas le résultat du passage du coli-bacille dans la paroi ni de sa multiplication dans le péritoine, elle se produit dans la lumière même de l'intestin où elle est plus forte que dans le péritoine. Le contenu d'une anse étranglée est excessivement pathogène et c'est à sa résorption que sont dus les symptômes généraux dans des cas graves. Cette résorpfion a pour résultat de rendre le péritoine moins

résistant à l'infection. Le coli-bacille n'est pas le seul agent pathogène; dans le contenu de l'intestin étranglé on trouve plusieurs espèces pathogènes. L'activité du contenu intestinal pathologique *in toto* est toujours supérieure à celle du coli-bacille.

Le passage à travers la paroi des microbes se fait de deux façons; s'il y a simplement stase veineuse prononcée par la voie vasculaire; s'il y a nécrose de la paroi le tissu nécrosé sert de milieu de culture.

PAUL TISSIER.

La sérothérapie et le bacterium coli, par Cesares DEMEL et E. ORLANDI (*Archives ital. de biol.*, *XXII*, *p. 125*).

Les auteurs ont étudié le *bacillus typhi* et le *bacterium coli*, types classiques; le *b. coli*, immobile, ne liquéfiant pas la gélatine, faisant fermenter glycose et lactose, coagulant le lait; le bacillus typhi, au contraire mobile, à développement lent, faisant fermenter la lactose à la longue, ne coagulant pas le lait. On produit avec l'un et l'autre des infections expérimentales, avec mort du cobaye en 6-8 heures, du lapin en 1-3 jours (cultures fraîches, un tiers de centimètre cube par kilogramme pour le b. coli, un centimètre cube pour le b. typhi). L'ordre de réceptivité décroissante est le suivant : cobaye, lapin, chien, cheval. Quant à la virulence, le *bacterium coli* la possède plus forte et surtout plus durable. Les lésions n'offrent qu'une différence de degré. On provoque l'immunité avec les bouillons de cultures filtrés, bouillis et avec l'extrait glycérique des corps de bactéries. Il y a réciprocité d'immunité, l'un des bacilles immunisant contre l'autre. Les auteurs ont préparé des sérums d'animaux immunisés et constaté chez les cobayes et lapins que le sérum d'animaux réfractaires à l'un possède des propriétés thérapeutiques et préventives pour l'autre; les cultures du b. coli ayant un rendement supérieur. Le lieu de l'injection est indifférent, et celle-ci doit être répétée. Des essais ont été pratiqués chez l'homme. Des injections de sérum provenant de lapins immunisés pour le b. coli, sont suivies chez les individus typhiques d'un abaissement de température de 1 à 2 degrés et d'une amélioration sensible dans les conditions générales. Ces effets sont transitoires (Voy. *R. S. M.*, XLVI, 75). DASTRE.

Ueber die Eiterungerregende Wirkung..... (De l'action pyogène du bacille typhique et de la suppuration dans la fièvre typhoïde en général), par DMOCHOWSKI et JANOWSKI (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat.*, *XVII*, *p. 221*).

D'après les nombreuses expériences de ces auteurs, il n'y a pas de tissu animal où le bacille typhique ne puisse provoquer de suppuration dans certaines circonstances. Les suppurations typhiques du tissu cellulaire sous-cutané sont favorisées par l'hydrémie temporaire et l'inflammation locale. Les bacilles typhiques peuvent, de différents points de l'organisme émigrer vers un foyer d'inflammation ou un lieu de moindre résistance artificiellement créé et y produire la suppuration. Les cultures typhiques stérilisées peuvent (chez le lapin) produire la suppuration sous-cutanée comme les vivantes; les protéines paraissent être les agents pyogènes. Les séreuses, sauf les méninges, ne sont pas un terrain favo-

rable à la suppuration typhique ; mais celles-ci sont aisées dans le testicule et dans les cicatrices. Tous ces abcès typhiques ont ceci de commun qu'ils peuvent se produire longtemps, 20 jours, par exemple, après l'infection. Les suppurations post-typhiques, où on ne rencontre que le bacille typhique, dépendent exclusivement de celui-ci. L'abcès post-typhique où on ne trouve que des coques pyogènes, a donc pu prendre naissance sous l'influence d'une poly-infection. Si on rencontre les deux sortes de micro-organismes, il peut s'agir aussi bien d'une poly-infection d'emblée que d'une infection secondaire par le bacille typhique. C. LUZET.

Trois nouvelles espèces de vibrions-virgules, par A. ZAWADZKI et G. BRUNNER (*Archives des sc. biol. de St-Pétersbourg*, *III*, *p. 451*, *1895*).

Il s'agit de trois vibrions trouvés dans des eaux de puits à Lubline et à Varsovie. Ces trois vibrions, très mobiles, ont comme principales propriétés communes de ne pas liquéfier la gélatine, de ne pas donner la réaction de l'indol de Bujwid, mais de donner la réaction de Legal-Weyl ; de plus, ils ne se décolorent pas par la méthode de Gram. Il y a là plus de caractères qu'il n'en faut pour différencier ces vibrions de ceux du choléra ; aussi n'insisterons-nous pas davantage sur ce mémoire. Le point important serait actuellement de différencier du vibrion cholérique tous les vibrions plus ou moins analogues qu'on trouve dans les eaux, et d'établir cette différenciation sur un caractère aussi net et aussi constant que la fermentation lactique qui ne permet plus d'hésiter entre le bacille d'Eberth et le bacterium coli. E. MOSNY.

I. — Die Zusammensetzung der Cholerabacillen, par E. CRAMER (*Archiv f. Hyg.*, *XXII*, *et Hyg. Rundsch.*, *V*, *n° 11*, *p. 508*).

II. — Ueber die Dauer des Vorkommens von Choleravibrionen in den Dejektionen von Cholerarekonvalescenten, par W. KOLLE (*Zeitschr. f. Hyg. u. Infekt.*, *XVIII*, *et Hyg. Rundsch.*, *V*, *n° 9*, *p. 412*).

III. — Ueber das Verhalten der Cholerabakterien in roher Milch, par F. BASENAU (*Arch. f. Hyg.*, *XXIII*, *et Hyg. Rundsch.*, *V*, *n° 17*, *p. 802*).

IV. — Ueber die Persistenz der Choleravibrionen im Wasser, pcr Erich WERNICKE (*Hyg. Rundsch.*, *V*, *n° 16*, *p. 736*).

V. — Variability of the commabacillus and the bacteriological diagnosis of cholera, par Sheridan DELÉPINE et James RICHMOND (*Journ. of pathol. and bact.*, *III*).

VI. — Die Ursache des Leuchtens der Choleravibrionen, par WELEMINSKY (*Hyg. Rundsch.*, *V*, *n° 14*, *p. 657*).

VII. — Ueber die in rohen Eiern durch das Wachsthum von Choleravibrionen hervorgerufenen Veränderungen, par HAMMERL (*Zeitschr. für Hyg. und Infekt.*, *XVIII*, *et Hyg. Rundch.*, *V*, *n° 9*, *p. 411*).

VIII. — Das Hühnerei als Kulturmedium für Choleravibrionen, par Rudolf ABEL et Arthur DRÄER (*Id.*, *XIX*, *et ibid.*, *11*, *p. 509*).

IX. — Untersuchungen über Giftbildung verschiedener Vibrionen in Hühnereiern, par BONHOFF (*Arch. f. Hyg.*, *XXII*, *et Hyg. Rundsch.*, *V*, *n° 14*, *p. 658*).

X. — Die differential Diagnose der Vibrionen der Cholera asiatica mit Hülfe der

Immunisirung, par R. PFEIFFER (*Zeitschr. f. Hyg., und Infekt., XIX, et Hyg. Rundsch., V, n° 11, p. 509*).

XI. — Vergleichende bakteriologisch-chemische Untersuchungen über das Verhältniss des Bacillus der Cholera....., par St. RONTALER (*Arch. f. Hyg., XXII, et Hyg. Rundsch., V, n° 14, p. 657*).

I. — Sur un bon sol nourricier, tel que le bouillon sodé de Dahmen, la composition chimique des bacilles cholériques est sensiblement uniforme, quelle que soit leur provenance; mais sur un sol privé d'albumine, on note des différences. Les bacilles cholériques récemment isolés du corps humain sont moins aptes à former leur albumine aux dépens des sels et dérivés ammoniacaux mal assimilables que ceux cultivés depuis plus longtemps sur un sol artificiel.

Dans les cultures en bouillon sodé, presque tout l'azote du milieu nourricier se retrouve comme azote albuminoïde dans les bacilles.

II. — Dans l'épidémie de 1893 à Stettin, Kolle a recherché, par cultures sur peptone, la présence des bacilles cholériques dans les selles de 50 convalescents; chez 2 seulement, les déjections les hébergèrent moins d'une semaine; chez tous les autres, ils persistèrent plusieurs semaines, voire chez un jusqu'au 48e jour de la maladie.

De son côté, Dönitz, à Bonn, a retrouvé le bacille cholérique dans les selles après 46 jours.

La durée de persistance du bacille cholérique dans les déjections ne semble pas en rapport avec la gravité de l'attaque. Le sérum sanguin des convalescents de Kolle avait un pouvoir vaccinal tantôt fort, tantôt nul. Durant toute la convalescence, la virulence des bacilles est restée la même à l'égard des cobayes.

III. — Contrairement à Hesse (*R. S. M.*, XLVI, 72) qui assure que le lait cru, frais, tue en 12 heures au plus les bacilles cholériques et conseille pourtant de l'employer à titre prophylactique et curatif, Basenau a constaté que, dans le lait, non seulement ces bacilles y persistent vivants après 38 heures, mais qu'ils s'y multiplient considérablement jusqu'au moment où le lait se coagule; que le lait soit maintenu à 37° ou seulement à la température de la chambre, cela n'a d'importance que pour le plus ou moins de pullulation des bacilles.

IV. — Expériences faites dans un aquarium d'une capacité de 20 litres, renfermant de la terre végétale, des plantes et des animaux aquatiques; on y fait arriver de l'eau de la distribution berlinoise, non stérilisée et l'aquarium est placé dans une pièce dont la température maxima diurne est de 24°, tandis que la nuit elle est fort inférieure à 0° (hiver). L'eau de Berlin renfermait de 300 à 400 germes par centimètre cube; une fois dans l'aquarium, elle en contenait environ 50,000, dans lesquels Wernicke a décelé 29 espèces différentes, sans aucune spirille ni aucun vibrion cholériforme.

Dans l'aquarium ainsi disposé, il introduit environ cinq milliards de bacilles cholériques. 3 jours plus tard, les cultures sur plaques de gélatine ne suffisaient déjà plus à en faire découvrir. Ils persistèrent près de 3 mois dans l'eau et plus de 3 mois dans la vase du fond; leur virulence ne s'était nullement modifiée.

Deux des 3 poissons avaient succombé avec une imbibition sanguino-

lente des tissus au niveau des attaches des nageoires, mais ils ne présentaient pas de bacilles cholériques.

V. — Recherches entreprises sur 3 cas de choléra provenant d'une petite épidémie à Manchester en 1893. Delépine et Richmond ont reconnu qu'entre les bacilles de souches diverses il peut y avoir des écarts considérables quant à la liquéfaction de la gélatine, de sorte qu'à cet égard, certains bacilles se rapprochent du vibrion de Finkler. Mais pour que ces différences soient sensibles, il ne faut pas que les cultures soient exposées à une température excédant 20 degrés.

D. et R. ont réussi à cultiver les bacilles cholériques dans du bouillon de moins en moins alcalin et finalement acide; conjointement, ils ont observé une perte progressive de la réaction rouge qui reparaît dès qu'on inocule les bacilles en solution de peptone alcaline.

De telles variations ont déjà été constatées pour le streptocoque, le pneumocoque, le diphtérocoque, le bacille colique, en un mot pour l'immense majorité des microbes dont l'étude n'a pas été bornée à un petit nombre de représentants élevés en captivité et hérités d'un laboratoire à l'autre.

VI. — Expériences sur 3 échantillons de bacilles cholériques phosphorescents. Les deux premiers, provenant de choléra humain, mortel dans un cas, n'étaient devenus lumineux qu'après leur passage dans le sang de pigeons; le 3e avait été isolé des eaux de Hambourg, peu avant la petite épidémie estivale de choléra de 1893 et était d'emblée phosphorescent. Weleminsky a reconnu que la phosphorescence n'est qu'un phénomène d'oxydation; elle se développe, généralement, en présence d'un excès d'oxygène et cesse en présence de substances réductrices (glucose); de plus, elle exige une mobilité intacte des vibrions.

VII. — Les cultures cholériques de Shanghaï, de Finthen, de Paris ainsi que l'une des deux hambourgeoises ont produit dans les œufs une quantité considérable d'hydrogène sulfuré, tandis que celle de Duisbourg et l'autre de Hambourg ont à peine altéré le contenu des œufs.

VIII. — Tandis que Hueppe, Scholl, Gruber et Wiener, Kempner (*R. S. M.*, XLVI, 70), Grigoriew affirment que les vibrions cholériques produisent toujours de l'hydrogène sulfuré dans le blanc d'œuf et noircissent le jaune, Pfeiffer et Zenthöfer y voient le fait de microbes étrangers et n'attribuent d'autre effet au bacille cholérique que la fluidification de l'albumine.

Abel et Dräer, qui ont fait leurs recherches sur 12 cultures de la Prusse orientale, concluent, comme Hammerl, qu'aucun des deux partis adverses n'a entièrement raison. Dans des œufs ayant le jaune doré, de même que dans ceux ayant un jaune vert noir, ils ont trouvé tantôt de l'hydrogène sulfuré, tantôt des cultures pures. Quelques races de bacilles ont la propriété de noircir beaucoup plus que d'autres le jaune, en s'accroissant; mais ce qui joue le rôle essentiel sous ce rapport, c'est la composition de l'œuf qui varie dans des limites assez étendues, ainsi qu'en témoigne la diversité des teintes du jaune. Abel et Dräer considèrent les œufs comme un milieu nourricier très peu recommandable, parce qu'ils sont trop sujets à des adultérations, soit que parfois les germes étrangers proviennent de l'extérieur à travers la coquille, soit surtout qu'ils aient pénétré à l'intérieur de l'œuf au moment de sa formation.

IX. — Grigoriew a montré que certains vibrions cholériformes (Metchnikoff, Finkler, Deneke, aquatique de Günther), cultivés dans les œufs, y donnent des poisons semblables entre eux et à celui du bacille cholérique. Bonhoff établit qu'il en est de même pour les vibrions danubien, berlinois et de Dunbar.

Sur 79 œufs inoculés, il a dû en rejeter 43 pour adultérations ainsi que 6 sur 19 non inoculés, ce qui montre que les microorganismes étrangers préexistent dans les œufs. Il a reconnu que le bacille de Koch, même en cultures pures, produit de l'hydrogène sulfuré dans les œufs et qu'il augmente de virulence par passage dans l'œuf.

Pour obtenir les poisons des cultures, il a préparé des extraits qu'il a inoculés à des cobayes. Les effets toxiques se révélaient par l'abaissement de la température et la diminution du poids de l'animal. L'extrait du vibrion de Dunbar s'est montré le plus actif, suivi de près par le vibrion de Koch; le vibrion berlinois et surtout le danubien sont moins énergiques.

L'injection d'extraits d'œufs non inoculés ne protège pas contre une infection cholérique intrapéritonéale ultérieure. En revanche, un grand nombre des animaux traités par les extraits de l'un des vibrions expérimentés survécurent lorsqu'après un laps de 15 à 36 jours on leur inocula dans le péritoine le choléra.

Bonhoff en conclut qu'on parvient avec les extraits d'œuf de quelques vibrions en partie différents du choléra, à conférer une immunité relativement longue et bien marquée contre l'inoculation cholérique intrapéritonéale, ce qui prouve l'identité des substances toxiques formées dans les œufs par ces divers vibrions.

X. — Confirmation des précédents travaux du même auteur, tendant à établir que le sang des animaux immunisés contre le choléra renferme des substances qui exercent une action germicide spécifique sur les vibrions cholériques exclusivement.

XI. — Sur sols nourriciers albumineux (bouillon peptoné, poumon de bœuf, albumines du sang et du blanc d'œuf) le vibrion de Massaouah forme de plus grandes quantités d'indol et de scatol que celui de Koch; le vibrion de Metchnikoff en forme des quantités modérées. Le Massaouah produit de l'acide acétique, le Metchnikoff, de l'acide butyrique, le Koch, seulement des traces d'acides gras.

Quand ils décomposent le glucose (bouillon peptoné, sucré) le Massaouah et le Koch engendrent de l'acide lactique optiquement inactif, tandis que le Metchnikoff n'en fournit point du tout. En injections souscutanées chez les cobayes et les pigeons, les cultures aérobies du Metchnikoff et du Massaouah tuent ces animaux, tandis que le Koch les laisse vivre. Rontaler conclut que si le vibrion de Massaouah est très voisin du bacille de Koch, mais non identique à lui, celui de Metchnikoff n'a rien de commun ni avec l'un ni avec l'autre. J. B.

I. — Sur l'étiologie de la variole et sur les localisations du virus varioleux, par A. MONTI (*Arch. ital. de biol., XXII, p. 131*).

II. — Sur les parasites de la variole et du vaccin, par G. GUARNIERI (*Ibid., XXII, p. 128*).

I. — L'auteur a pratiqué des cultures de bactéries des pustules varioleuses, des examens de la peau varioleuse à diverses périodes, des inoculations de virus varioleux chez les animaux et des examens anatomo-pathologiques. De l'ensemble de ses recherches il conclut que dans l'épiderme des varioleux, spécialement dans le premier stade de la maladie, on rencontre constamment des corpuscules intra-cellulaires particuliers qui sont doués de mouvements amœboïdes et doivent être considérés comme des parasites du type des protozoaires (classe des lobosi). Ils ont leur siège prédominant dans la peau et les muqueuses à éruption pustuleuse, mais exceptionnellement ils peuvent former des foyers également dans le poumon, dans la moelle des os, dans le testicule. Jusqu'à présent les parasites typiques n'ont pas été rencontrés dans le sang circulant.

Dans le vaccin animal on a trouvé le *staphylococcus pyogenus aureus* le *bacterium coli*, très fréquemment, le *bacillus subtilis* et d'autres saprophytes. Le vaccin produit sur les lèvres et le museau du lapin de grosses pustules et, en général, des accidents plus graves que le virus varioleux, à cause des bactéries étrangères. Dans les cornées on trouve les parasites décrits par Guarnieri. Le virus vaccinique se conserve bien en glycérine mais perd, à la longue, sa virulence. Les pustules jeunes sont les plus actives et surtout dans leur partie profonde où il y a moins de microbes étrangers et plus de protozoaires spécifiques.

Le vaccin semble bien n'être qu'une forme atténuée de la variole.

II. — Dans la lymphe prise des vésicules ou des pustules initiales varioleuses ou des vésicules vacciniques, examinées (en goutte pendante) on voit les *citoryctes variolæ* ou *C. vaccinæ*, petits corps à mouvements amœboïdes, épineux ou irrégulièrement uniformes, durant 4 à 5 heures. On aperçoit quelquefois (par exemple dans les saillies papuloïdes de la cornée chez le lapin inoculé avec le vaccin) des cellules épithéliales habitées par un ou plusieurs citoryctes en mouvement. De même il y a phagocytose par les leucocytes polynucléées. Ces parasites présentent une substance hyperchromatique au centre, hypochromatique au bord. Les plus petits ont de 2 à 3 μ : les plus gros 6-7 μ. Il y a un petit noyau excentrique (noyau cellulaire avec cytoplasme) ; on observe sa participation à la multiplication par scission. Ces organismes appartiendraient à la classe des protozaires *sarcodines* : ils seraient la cause des lésions de la variole et de la vaccine. DASTRE.

Beitrag zur Kenntniss der Variolaparasiten, par SICHERER (*Munch. med. Woch., n° 34, p. 793, 1895*).

Reprenant les expériences de Guarnieri et de Pfeiffer, l'auteur inocule des cornées avec du pus variolique. Il constate dans presque toutes les cellules épithéliales, à côté du noyau, un corps arrondi ou ovale, forte-

ment coloré, avec une aréole claire, qui lui paraît être le parasite cellulaire décrit par les auteurs ci-dessus. C. LUZET.

Microorganismes dans le sang des scarlatineux; contribution à l'étude de l'étiologie de la scarlatine, par J. CRAJKOWSKI (*Centralbl. für Bakter., XVIII, 4 et 5, p. 116*).

Dans 13 cas de scarlatine, l'auteur a toujours trouvé dans le sang de l'oreille, recueilli aseptiquement, de très petits diplocoques, formant parfois une chaînette de 4 articles. On les trouve toujours en dehors des globules du sang. Ces cocci sont légèrement ovalaires ; ils se colorent difficilement et se décolorent complètement par la méthode de Gram. Jamais l'auteur ne leur a trouvé de capsules.

Sur les milieux solides, ce diplocoque se développe très lentement ; la gélatine est un milieu très peu favorable pour lui. Ses colonies se présentent sous l'aspect de très fines gouttelettes de rosées, séparées les unes des autres. Dans les milieux liquides, ce microbe se développe mieux, il forme dans le bouillon un dépôt jaunâtre.

Il n'est pas pathogène pour le lapin, mais tue les souris en 3 ou 4 jours; on retrouve le même diplocoque dans le sang des souris inoculées.

L'auteur se garde de conclure qu'il a isolé l'agent pathogène de la scarlatine ; il dit seulement que, depuis deux ans qu'il fait des recherches sur la bactériologie du sang dans différentes maladies infectieuses, il n'a jamais rencontré ce microrganisme. H. BOURGES.

Action physiologique des produits solubles de quelques bactéries et spécialement des staphylocoques pyogènes, par SALVIOLI (*Archives italiennes de biol., XXII, p. 120*).

On injecte dans les veines du chien les cultures en sérum du sang précipité par la chaleur, ou en bouillon non peptonisé de staphylocoques pyogènes, de bacilles de Finkler Prior, de Proteus vulgaris. On observe: diminution de pression sanguine, irrégularité respiratoire, vomissement, perte de coagulabilité du sang, c'est-à-dire les symptômes d'intoxication par les peptones ou les ferments. Mêmes résultats avec les cultures filtrées ou stérilisées à la chaleur. De même encore il y a diminution de pression et perte de la coagulabilité du sang quand on injecte dans les veines le précipité alcoolique redissous, les produits solubles dans l'alcool étant indifférents. Le lapin résiste à cette intoxication comme aux injections de diastase et de peptone. DASTRE.

Les suppurations avec ou sans parasites, par W. POLIAKOFF (*Centralbl. f. Bakter., XVIII, 2 et 3, p. 33*).

Les premières recherches bactériologiques faisaient penser que toute suppuration était due à un microbe ; depuis on s'est aperçu que l'inoculation à des animaux de cultures stérilisées de microbes pyogènes produisait de véritables abcès ; enfin les mêmes résultats ont été obtenus par l'injection sous-cutanée de diverses substances chimiques irritantes : la térébenthine, l'huile de croton, le mercure, le nitrate d'argent, etc. Les bouillons de culture stérilisés, comme les substances chimiques, donnent lieu à des suppurations ne contenant pas de microbes.

L'auteur s'est assuré d'abord qu'en s'entourant de toutes les précautions de l'asepsie, contrôlées par des examens bactériologiques, on pouvait réellement provoquer chez le chien et le lapin de pareils abcès à pus stérile au moyen de la térébenthine et de l'huile de croton. Il a recherché ensuite si ce pus différait du contenu des abcès produits par des microbes.

Les auteurs, qui soutiennent que les pus d'origine différente ont des caractères différents aussi, prétendent que : 1° la suppuration d'origine bactérienne a tendance à progresser, celle d'origine chimique reste stationnaire ; 2° le pus d'origine bactérienne est constitué par des globules de pus à noyaux multiples, celui d'origine chimique n'est formé que de globules de pus à noyau unique ; 3° le pus d'origine bactérienne contient des peptones, celui d'origine chimique n'en renferme pas. Ces trois propositions ont été reconnues fausses par Poliakoff, car ses expériences démontrent que le pus dans les deux cas a les mêmes caractères.

Les réactions de l'organisme vis-à-vis des cultures stérilisées ou des agents chimiques irritants est la même ; une faible quantité de l'une de ces substances injectée en nature sous la peau ne provoque aucune réaction ; si au contraire elle est introduite sous la peau enfermée dans une petite ampoule de celluloïde, qui fond lentement, il se produit un véritable abcès ; il est probable qu'il faut une sécrétion lente et continue de substance pyogène, condition que réalisent d'ailleurs les microbes en produisant leur toxine, pour donner lieu à de la suppuration. H. BOURGES.

Sur l'histologie pathologique de la rage expérimentale, par G. GOLGI (*Arch. ital. de biol.*, *XXII*, *p. 146*).

Certains auteurs considèrent comme insignifiantes les altérations des cellules nerveuses dans la rage (Gowers, 1892). Golgi considère, au contraire, comme caractéristiques les altérations suivantes : 1° altérations dans la structure des noyaux des endothéliums, de la névroglie, de l'épithélium épendymaire consistant en renflement, perte de la netteté des contours, accentuation du réseau chromatinique ; 2° altérations dans le corps cellulaire. Il y a dans les cellules nerveuses nodosité exagérée des prolongements protoplasmiques ; le prolongement nerveux devient granuleux et noueux. Les altérations sont distribuées par foyers. On observe également une dégénérescence granulo-adipeuse des cellules nerveuses, pouvant aboutir à la destruction complète. De même, une dégénérescence granulo-adipeuse des cellules névroglie. Enfin, les ganglions intervertébraux présentent des altérations nombreuses : une vacuolisation des cellules nerveuses, l'état granuleux du protoplasma, le déplacement du noyau vers la périphérie.

Tous ces caractères appartiennent à un processus inflammatoire, à une encéphalo-myélite parenchymateuse diffuse. Les manifestations anatomiques de la rage sont déjà démontrables avant les désordres fonctionnels. On les observe chez les lapins avant le degré extrême de la rage paralytique. Dès le 4e ou 5e jour de l'inoculation on observe des mitoses dans les cellules de névroglie des circonvolutions cérébelleuses. Dans le corps même des cellules nerveuses on observe des signes de raréfaction, de vacuolisation, de transformation vésiculaire. DASTRE.

Nouvelles observations sur l'efficacité diagnostique et curative des produits du bacille de la morve, par A. BONOME (*Arch. ital. de biol., XXII, p. 115*).

1° La malléine provoque chez l'homme atteint de morve chronique une réaction plus forte que chez le cheval (25 fois environ), à savoir : élévation thermique après 4-7 heures, turgescence de la conjonctive et de la muqueuse nasale, polyurie. Comme lésion locale, il y a une légère tuméfaction œdémateuse, douloureuse, passagère.

2° L'hyperthermie est en proportion de la malléine injectée (l'activité diminue un peu dans les injections successives). Il se fait ensuite (jours suivants) une réaction inverse (hypothermie à 35°5) qui dure jusqu'à 48 heures sans autres symptômes.

Les injections répétées de malléine, chez un malade morveux, ont amené une amélioration notable, mais pas d'effet curatif non plus que chez les cobayes, chiens et chevaux. DASTRE.

La peste bubonique (2e note), par YERSIN, CALMETTES et BORREL (*Annales de l'Inst. Pasteur, n° 7, p. 589, juillet 1895*).

On peut vacciner contre l'inoculation du bacille virulent en inoculant les cultures chauffées pendant une heure à 58°, soit dans les veines, soit dans le péritoine, soit sous la peau (procédé plus lent mais plus sûr).

Le sérum de lapin immunisé a sur le lapin des propriétés immunisantes et curatives.

Le sérum de cheval immunisé par l'injection intra-veineuse répétée plusieurs fois de microbes vivants et virulents est actif à titre préventif et thérapeutique. PAUL TISSIER.

Ueber die Vererbung der Immunität bei Tetanus, par EHRLICH et HÜBNER (*Zeitschr. f. Hyg., XVIII*).

D'expériences sur le cobaye et la souris, Ehrlich et Hübner concluent que l'immunité, à l'égard du tétanos, comme celle à l'égard de la ricine et de l'abrine, n'est transmissible héréditairement que par la mère, qu'elle disparaît à la fin du 2e ou sûrement du 3e mois et que le père ne la transmet jamais. J. B.

Recherches expérimentales sur le tétanos, par Livio VINCENZI (*Riforma med., 31 juillet 1895*).

On ne trouve pas de toxines du bacille de Nicolaier dans le sang d'un cobaye à qui l'on a inoculé, à l'un des membres postérieurs, la quantité de toxine suffisante pour déterminer la mort. Pour donner le tétanos au cobaye par la voie vasculaire, il faut employer une dose de toxine sextuple de celle qui est mortelle quand on l'injecte par la voie sous-cutanée.

Les phénomènes tétaniques qui se produisent à la suite de l'injection sous-cutanée de doses insuffisantes pour amener la mort, ne s'aggravent pas quand on injecte en même temps dans le sang une dose de toxine supérieure à la dose mortelle par la voie sous-cutanée, ou quand on fait cette seconde inoculation alors que le tétanos localisé est devenu stationnaire. Une partie seulement de la toxine injectée dans le sang suffit à

donner le tétanos; une grande quantité de la toxine reste dans la circulation jusqu'à la mort des animaux. G. LYON.

Recherches sur le tétanos, par V. BABÈS (*Ann. Inst. de path. et bact. de Bucarest, V, p. 343*).

A la fin d'un travail de contrôle sur les moyens d'isoler le bacille tétanique et de le cultiver, sur les résultats de son inoculation à différentes espèces d'animaux, sur les procédés d'immunisation et de sérothérapie contre les tétanos, l'auteur relate 5 observations de tétanos chez l'homme traité par le sang d'animaux immunisés. Trois de ces cas ont guéri; les deux autres ont succombé à l'infection gangréneuse de leur plaie, cependant, dans un de ces deux derniers cas, grâce à la sérothérapie, le trismus, l'opisthotonos et la raideur générale avaient disparu, quand a débuté l'agonie. H. BOURGES.

Recherches sur le noma, par BABÈS et ZAMBILOVICI (*Ann. Inst. path. et bact. de Bucarest, V, p. 277*).

Dans 2 cas de noma sur 3, les auteurs ont trouvé un bacille spécial, très fin, qu'ils considèrent comme l'agent pathogène de la maladie. Ces bacilles, immobiles, très courts, souvent par deux, se décolorent par la méthode de Gram. Ils sont légèrement saprogènes, les cultures dégagent une odeur d'acides gras. Ils forment sur l'agar une couche uniforme, plate, blanchâtre, humide; liquéfient la gélatine; troublent le bouillon, forment un précipité jaunâtre floconneux au fond du tube; donnent sur sérum des colonies semblables à celles de la fièvre typhoïde; recouvrent la pomme de terre d'un enduit blanchâtre transparent; bleuissent le sérum au tournesol et ne dégagent pas de gaz.

Leurs cultures dans du bouillon produisent, après inoculation sous la peau de la joue des lapins, une gangrène typique, ressemblant complètement au noma. H. BOURGES.

L'oïdium albicans, agent pathogène général, par A. CHARRIN et E. OSTROWSKY (*C. R. Acad. des Sc., 4 juin 1895*).

Les auteurs établissent que cet agent cause de véritables infections générales, en agissant surtout par lui-même, par son passage au travers des membranes; ses produits sont peu actifs.

Pour les microbes, l'influence chimique au contraire prédomine.

Le parallèle est poursuivi entre les procédés morbifiques mis en jeu par ces divers parasites. A. C.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

Ueber den Einfluss des Piperazins auf die harnsäure Diathese (De l'influence de la pipérazine sur la diathèse urique), par M. BIESENTHAL (*Archiv f. pathol. Anat., CXXXVII, 1*).

Biesenthal rappelle ses expériences et celles de Meisel, qui démontrent que la pipérazine est capable d'empêcher les dépôts d'urates chez les oiseaux et de faire disparaître ceux qui existent déjà. Même en solution faible, la pipérazine et le carbonate de lithium dissolvent l'acide urique et les calculs d'urates.

Se fondant sur les résultats de ces expériences, Biesenthal recommande l'emploi de la pipérazine dans la goutte, puisqu'elle prévient l'accumulation de l'acide urique dans les reins; qu'elle empêche les dépôts d'acide urique et qu'elle résout les concrétions d'acide urique déjà formées.

ÉD. RETTERER.

I. — Action vaso-dilatatrice de la strychnine, par C. DELEZENNE (*Bull. méd. du Nord, 8 mars 1895*).

II. — Influence du sulfate de strychnine sur le rythme du cœur, par LAHOUSSE (*Bull. Acad. de méd. de Belgique, n° 4, p. 464, 1895*).

I. — D'expériences faites sur des chiens curarisés, il résulte que la strychnine est un dilatateur énergique du réseau vasculaire de la périphérie, et si l'on tient compte de l'action de cet agent sur tout l'ensemble de l'appareil vaso-moteur, on voit qu'elle est identique à celle de l'asphyxie et de l'excitation des nerfs sensibles.

II. — Le sulfate de strychnine à dose faible ou forte détermine toujours le ralentissement du cœur sans accélération préalable. Il paralyse d'emblée les centres moteurs intra-cardiaques. A haute dose, il paralyse aussi les fibres terminales des nerfs vagues. LEFLAIVE.

Sur l'état nauséeux et les vomissements provoqués par la morphine, par E. GUINARD (*Lyon méd., 8 septembre 1895*).

La morphine agit d'après le même mécanisme que l'apomorphine, dans les vomissements qui précédent l'effet narcotique; elle excite d'abord les centres nauséeux du bulbe avant de les narcotiser. Si les doses injectées sont plus fortes, l'effet narcotique est primitif, ce qui explique pourquoi des vomissements sont plus fréquents avec les doses faibles. Du reste, il y a un état d'idiosyncrasie qui varie avec l'espèce et avec l'individu.

L'association, favorable chez l'homme, de l'atropine à la morphine pour prévenir le vomissement dépend d'actions synergiques plutôt qu'antagonistes. Elle est loin d'avoir une égale valeur chez les animaux.

A. CARTAZ.

Azione della caffeina sulla pressione sanguigna, par G. VINCI (*Arch. di farm. e terap.*, *8*, *1895*).

Chez les animaux normaux, la caféine, quelque soit son mode d'introduction, provoque constamment une élévation peu considérable de la pression sanguine, suivie seulement chez le lapin d'un abaissement. Chez les chiens et les lapins soumis à des soustractions sanguines répétées, et dont la pression sanguine est très basse, son augmentation est véritablement énorme. On n'obtient d'effets semblables qu'avec la digitale et les substances appartenant au même groupe pharmacologique. Chez les animaux en état d'inanition, l'augmentation de la pression sanguine provoquée par la caféine est assez manifeste et presque proportionnelle à l'affaiblissement de l'animal. Dans tous les cas, on a obtenu l'effet utile de la caféine avec des doses fortes : les doses faibles provoquent une augmentation moins accusée de la pression sanguine, les doses très fortes provoquent, après l'élévation de la pression due à l'excitation directe de la fibre musculaire du cœur, un affaiblissement et une paralysie du myocarde avec diminution de la pression sanguine, sans compter les symptômes d'intoxication caféinique. GEORGES THIBIERGE.

Ferripyrin, par HEDERICH (*Therap. Woch.*, *6 janvier 1895 et Berlin. klin. Woch.*, *n° 9, p. 199, 4 mars 1895*).

La ferripyrine est préconisée par Hederich comme hémostatique ; il la dit moins caustique et de saveur moins désagréable que le perchlorure de fer auquel elle serait supérieure en efficacité. On l'administre en solution à 20 0/0 sur de l'ouate, ou à l'intérieur à la dose de 5 grammes. Hederich propose de l'essayer aussi dans la blennorragie sous forme de solution à 1/2 ou 1 0/0. J. B.

Nouvelles recherches sur l'absorption de la ferratine et sur son action biologique par P. MARFORI (*Arch. ital. de biol.*, *XXIII*, *p. 62*).

Marfori et Schmiedeberg ont désigné sous le nom de *ferratine* une préparation organique, artificielle, de fer absorbable et assimilable. La quantité absorbée peut varier, parce que l'acide sulfhydrique intestinal peut attaquer la substance et la décomposer. Cette absorption a varié de 13,7 à 41,68 0/0. Elle est la plus considérable après l'action des purgatifs. L'auteur reprend ses expériences sur des animaux soumis au régime lacté et recevant ensuite la ferratine de Bœhringer et Sœhne (Manheim). L'absorption a oscillé, cette fois, entre 10,9 et 30,37 0/0.

A 12-20 milligrammes par kilogramme du poids du corps, la ferratine injectée dans le sang produit des symptômes d'empoisonnement ; à 25-50 milligrammes, la mort. De même, lorsqu'elle est introduite dans le péritoine ou sous la peau, elle peut être toxique. DASTRE.

Action et transformation de l'esculine dans l'organisme, par O. MODICA (*Archives ital. de biol.*, *XXIII*, *p. 295*).

L'esculine pure est inactive sur les grenouilles, les rats et l'homme, tandis que les autres glucosides sont actifs. L'esculine se décompose

partiellement en esculétine et glucose. Or l'esculétine (qu'on pourrait croire convulsivante à cause de ses deux hydroxyles phénoliques) est aussi sans action, circonstance que l'on s'explique en la considérant comme un anhydride acide. L'esculétine se transforme en acide esculétinique. L'élimination a lieu par les urines à l'état d'esculine pure, d'acide esculétinique libre, combiné aux bases, conjugué. En résumé, l'inactivité de l'esculine provient de ses transformations dans l'organisme, particulièrement en esculétine, produit lui-même inactif, parce que c'est un anhydride et que d'ailleurs il se transforme en acide. DASTRE.

Action et transformation du mésitylène dans l'organisme, par A. CURCI (*Archives ital. de biol.*, *XXIII*, *p. 296*).

Le mésitylène ou triméthylbenzol est peu actif chez les grenouilles et a une action paralysante, de même chez le rat : il est inactif chez le chien à la dose de 10 grammes. Les hydrocarbures en général sont paralysants ; l'action décroît du benzène au toluène, au xylène, au mésitylène à mesure qu'augmente le nombre des méthyles remplaçant l'hydrogène du noyau phénique. Ces corps forment des phénols dans l'organisme (d'où des phénomènes d'excitation) décroissant du benzène au toluène, xylène et mésitylène. DASTRE.

Transformation et mécanisme d'action de la pilocarpine dans l'organisme, par A. CURCI (*Arch. ital. de biol.*, *XXIII*, *p. 297*).

La pilocarpine dépend du noyau pyridique et serait une bétaïne de l'acide β-pyridin-a-lactique. Physiologiquement, elle a trois caractères ; hypersécrétion, convulsions, paralysie ; elle ne subit pas dans l'organisme de modifications profondes, car on la retrouve dans les organes et dans les urines comme pilocarpine ou pilocarpinate sodique ; elle a acquis un hydroxyle phénolique dans le noyau pyridique. C'est à cette particularité qu'elle doit son action sécrétoire et convulsivante. DASTRE.

Sur l'action de la pseudo-jusquiamine, par E. BUONAROTTI (*Arch. ital. de biol.*, *XXIII*, *p. 211*).

La duboisia myoporoïdes fournit 3 alcaloïdes (Merck) : la jusquiamine. l'hyoscine et la pseudo-jusquiamine, qui, ensemble, constituent la duboisine. L'auteur a étudié la pseudo-jusquiamine et constaté les faits suivants : 1° La pseudo-jusquiamine agit comme mydriatique ; 2° injectée sous la peau, même à doses élevées, elle diminue le nombre des pulsations et ne paralyse pas le vague ; 3° elle limite la sécrétion salivaire sans produire les troubles de l'atropine ; 4° elle n'a pas d'action utile dans les accès hystéro-épileptiques ; 5° elle n'est pas toxique, même à doses assez élevées. DASTRE.

Ueber Ephedrawirkung (Sur l'action de l'éphedra), par E. GRAHE (*Therap. Monats. p. 482 et 516, septembre-octobre 1895*).

Les principes actifs isolés de l'éphédra ont une action analogue mais non identique : éphédrine de Nagai, pseudo-éphédrine de Merck, éphédrine de Spehr. De petites doses administrées par la voie buccale, sous-

cutanée ou intra-veineuse déterminent une élévation de la pression sanguine passagère, un ralentissement des contractions, d'abord plus fortes puis plus faibles à la suite de la parésie des extrémités du vague et peut-être aussi des forces musculaires. Les grosses doses provoquent une chute de la pression par suite de la diminution du tonus vasculaire. Chez la grenouille, il y a en outre arythmie de tous les éléments contractiles. Il y a toujours une parésie du vague, dont le degré dépend de la dose. Enfin, il se produit toujours une notable dilatation de la pupille, avec empêchement incomplet de l'accommodation et de la réfraction, due principalement à l'excitation du sympathique et aussi vraisemblablement en partie à une légère parésie des terminaisons de l'oculomoteur dans le sphincter de la pupille. Il est possible, enfin, qu'il y ait une action directe sur la musculature de l'iris PAUL TISSIER.

I. — Sur le pouvoir hématogène des métaux pesants, par V. CERVELLO et F. BARABINI (*Arch. ital. de biol., XXIII, p. 252*).

II. — Valeur thérapeutique du mercure dans la cure des anémies, par V. RANIERI (*Ibid., p. 262*).

I. — Le pouvoir hémoglobinique étant déterminé avec l'hémomètre de Fleisch et étant constant, on donne, mélangés aux aliments d'un régime normal, des sels de fer, cuivre, mercure, zinc, manganèse (chez des chiens, coqs). On a observé, avec le mercure, une augmentation de 17 degrés à l'hémomètre, de 15-13 avec le fer, de 10 avec le cuivre, de 9 avec le manganèse. Le fer partagerait avec d'autres métaux pesants le pouvoir d'augmenter le contenu hémoglobinique du sang.

II. — Les sels de mercure ont réussi dans 5 cas d'anémie grave (administration par voie hypodermique). DASTRE.

Action des purgatifs salins sur la muqueuse digestive, par R. FUSARI et P. MARFORI (*Arch. ital. de biol., XXIII, p. 256*).

Des doses modérées de sulfate de sodium et de magnésium amènent dans l'intestin du chien une production abondante de mucus qui s'oppose à l'absorption, d'où fèces diarrhéiques. Si l'on injecte le sulfate de soude dans les veines, pas d'effet sécrétoire sur la muqueuse, mais un vomissement stercoral prouvant l'excitation des mouvements intestinaux. Le péristaltisme intestinal n'est qu'un phénomène accessoire de l'action purgative. DASTRE.

Recherches pharmacologiques sur les hydramides et sur leurs bases isomères respectives : hydrobenzamide et amarine, par O. MODICA (*Arch. ital. de biologie, XXIII, p. 257*).

L'hydrobenzamide n'a aucune action sur les mammifères ni sur les grenouilles, parce qu'elle se décompose dans l'estomac et que les constituants sont éliminés sous forme d'acides benzoïque et paroxybenzoïque, pharmacologiquement inactifs. L'amarine, alcaloïde qui en provient, produit des convulsions chez les mammifères ; c'est un poison nerveux : il ne s'oxyde pas dans l'organisme en phénols ou acides et sort en nature : ses deux hydrogènes imidiques en font une substance convulsivante.

DASTRE.

Iodoformin..... (Iodoforme inodore), par A. EICHENGRUN (*Therap. Monats.*, *n° 9*, *p. 487*, *septembre 1895*).

L'iodoformine est une poudre blanche, se colorant un peu en jaune à la lumière, pulvérulente, inodore, renfermant 70 0/0 d'iodoforme. La combinaison se détruit au contact de la suppuration et il y a dédoublement en iodoforme. Son action et ses propriétés sont celles de l'iodoforme.

P. TISSIER.

Ueber die Giftigkeit des Acetylens (Toxicité de l'acétylène), par R. ROSEMANN (*Archiv f. exp. Path. u. Pharm.*, *XXXVI*, *p. 179*).

L'acétylène est beaucoup moins toxique que l'oxyde de carbone et moins que le gaz d'éclairage; il n'y a dans l'action de l'acétylène pure ou impure aucune différence notable. Le premier symptôme de l'intoxication est la somnolence; ce n'est qu'au bout d'un temps assez long que survient une véritable narcose.

A ce moment surviennent assez souvent des vomissements. Pendant très longtemps la respiration reste normale. Puis surviennent des accès de dyspnée alternant avec des périodes de calme; respiration rapide, superficielle, agitation, se reproduisant de plus en plus rapprochées jusqu'à la mort.

Il semble y avoir peu d'action sur l'hémoglobine (spectroscope, évolution de l'intoxication), mais surtout action sur le système nerveux; la mort très lente à venir résulterait de la paralysie du centre respiratoire.

P. TISSIER.

Action bactéricide de l'acétanilide, par Langdon FROTHINGHAM et Joseph PRATT (*The Amer. Journ. of the med. sc.*, *p. 146*, *août 1895*).

L'acétanilide est inoffensive par son absorption et l'absence absolue d'odeur doit la faire préférer à l'iodoforme pour les pansements. C'est un très puissant germicide, un antiseptique énergique et comme tel, elle est supérieure à l'iodoforme.

F. VERCHÈRE.

I. — Nosophen und Antinosin, par POSNER (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 23*, *p. 511*, *10 juin 1895*).

II. — Die Anwendung des Nosophens in der rhinologischen und otologischen Praxis, par Th. KOLL (*Ibid.*, *n° 29*, *p. 633*, *22 juillet 1895*).

III. — Ueber Nosophen bei Darmaffectionen, par Th. ROSENHEIM (*Ibid.*, *n° 30*, *p. 648*, *29 juillet 1895*).

IV. — Discussion de la Société médicale de Berlin (*Ibid.*, *p. 663*).

I.— Classen et Leeb ont préparé un composé d'iode et de phénolphtaléine, soit une tétraiodophénolphtaléine, qu'ils ont baptisé *nosophène*, tandis qu'ils appelaient *antinosine* son sel sodique. Le nosophène est une poudre légèrement jaunâtre, inodore, insoluble dans l'eau; l'antinosine, une poudre bleue, facilement soluble dans l'eau. Malgré leur forte teneur en iode, celui-ci n'est pas mis en liberté dans l'économie, de sorte que ces corps ne sont pas toxiques.

Posner a obtenu de bons résultats du nosophène dans le pansement des plaies, et, de l'antinosine, en solutions de 1/1000 à 1/400, dans le traitement du catarrhe vésical. Dans plusieurs cas rebelles aux autres médicaments, l'antinosine a rapidement clarifié l'urine et apaisé les autres troubles ; en revanche, d'autres malades n'ont éprouvé aucune amélioration et, chez certains, elle paraît avoir été mal supportée. De nouvelles expériences sont donc nécessaires, en mettant une grande prudence dans le dosage de cet agent.

II. — Koll a expérimenté la poudre de nosophène dans des affections diverses du nez et de l'oreille. Dans les fosses nasales, le topique peut rester plusieurs jours sans provoquer d'irritation, tandis que dans la caisse du tympan, il occasionne parfois, grâce à son énergique action siccative, un sentiment de tension ou même une vive douleur, et un gonflement diffus et douloureux du conduit auditif; d'où la règle de n'insuffler que de petites quantités et sous le contrôle du spéculum.

Koll conclut que le nosophène est un antiseptique et siccatif précieux qui paraît appelé à remplacer en rhiniatrie et otiatrie, l'iodoforme dont il n'a pas les inconvénients.

III. — Rosenheim a employé, dans le catarrhe chronique de l'intestin, l'*eudoxine*, qui est le nom donné par Classen et Loeb à la combinaison bismuthique, insoluble, du nosophène. Il en a été assez satisfait pour la recommander aux doses de 30 à 50 centigrammes administrées de 3 à 5 fois par jour, après les repas.

Il s'est également bien trouvé de se servir des solutions d'antinosine, à 1 ou 3 pour 1000, comme liquide désinfectant dans les lavages de l'estomac.

IV. — *E. Frank*, après avoir reconnu la rapide action curative de l'antinosine sur la cystite des chiens, l'a essayée chez l'homme, avec profit, dans les hypertrophies prostatiques. Les troubles de la miction se sont promptement amendés; l'abondant sédiment urinaire, mélangé de phosphates, de leucocytes, d'épithélium et de nombreuses bactéries, est devenu nul ; quelques malades ont pu même se passer de leur sonde, ce qui ne leur était pas arrivé depuis des années et ce qui prouve une amélioration de la contractilité du muscle vésical.

En revanche, dans la blennorragie, les résultats ont été absolument négatifs.

Lassar constate, de son côté, la valeur du nosophène comme topique aseptique des plaies et ne peut qu'en recommauder l'emploi. J. B.

Sur la pharmacologie du bromure d'éthyle, par H. DRESER (*Archiv f. exp. Path. u. Pharm., XXXVI, p. 285*).

Si l'on anesthésie des rats, même pendant un très court laps de temps, avec du bromure d'éthyle, ils se réveillent bien, reprennent leur état normal, mais ils meurent au bout de quelques heures. Jendritza a publié un cas analogue, mais non terminé par la mort, chez une femme de 18 ans : réveil complet, accidents graves au bout de quelques heures.

D. pense que les accidents sont dus à ce que le bromure d'éthyle inhalé n'est pas en entier éliminé par les poumons; qu'une partie passe dans la circulation et y subit une transformation chimique qui en fait un corps

toxique et en réalité dans l'urine des animaux et chez l'homme, il a trouvé du brome en quantité notable, à la suite de l'inhalation de bromure d'éthyle, et donné cependant en mélange dosé avec de l'air. P. T.

Action physiologique des disulfones acétoniques : sulfonal, trional, tétronal, par VANDERLINDEN et DE BUCK (*Mém. couronnés par l'Acad. de méd. de Belgique, 1894*).

Le sulfonal, le trional, le tétronal constituent, au moins pour le lapin et le cobaye, des agents de toxicité assez faible et graduellement croissante. Leur action diurétique est inverse de l'activité toxique. Ce ne sont pas des poisons proprement dits du sang ; s'ils modifient le nombre relatif des globules rouges, c'est par leurs propriétés lymphagogues : ils produisent de l'hypoleucocytose suivie d'hyperleucocytose.

La plupart des phénomènes provoqués par le sulfonal, le trional et le tétronal peuvent être expliqués par une modification indirecte des propriétés physico-chimiques du sang et des tissus (hydrémie, modifications de l'alcalescence).

Les altérations morphologiques déterminées par les doses toxiques dans les principaux organes, sont minimes. LEFLAIVE.

Le trional : son action hypnotique, par BOUDEAU (*Thèse de Paris, 1895*).

Le trional est un bon hypnotique tant dans les cas d'aliénation mentale que dans les cas d'insomnie due à des causes diverses. Le sommeil se produit en trois quarts d'heure à une heure ; il peut durer sept heures. Il agit plus vite que le sulfonal et n'est pas dépressif comme le chloral. Les faibles doses (1 à 2 grammes) paraissent surtout hypnotiques, et les fortes doses (2 à 4 grammes) sédatives dans les cas d'excitation. Les accidents d'intoxication légère sont peu importants et se dissipent d'eux-mêmes tout en commandant la prudence. Il en est tout autrement des symptômes d'une intoxication chronique grave, avec hématoporphyrinurie, qui ne se montrent qu'après un emploi prolongé du médicament et doivent en faire cesser aussitôt l'emploi. D'où la nécessité d'examiner fréquemment les urines dans ces cas. R. FAURE-MILLER.

Ueber drei Fälle v. Icterus catarrhalis (Sur trois cas d'ictère catarrhal survenus au cours de l'administration de la lactophénine), par Hermann STRAUSS (*Therap. Monats., p. 469, septembre 1895*).

Trois cas d'ictère catarrhal survenu à la suite de l'administration de lactophénine à la dose de 4 grammes *pro die* par doses d'un gramme. L'ictère persista 6-8 jours et dans un cas 7 semaines. Il est probable, mais non absolument certain que le médicament doit être mis en cause, aucune autre cause d'ictère ou de gastro-duodénite ne pouvant être invoquée. La lactophénine avait été donnée comme antinévralgique. Chez les lapins (2 cas), le médicament cause de l'anémie et de graves lésions gastro-duodénales (rougeur intense, sécrétion muqueuse, hémorragie).

PAUL TISSIER.

La diurèse produite par la lactose, par C. GIOFFREA (*Arch. ital de biol., XXIII, p. 264*).

La lactose représente un des meilleurs diurétiques. Son action est surtout marquée chez les cardiaques, puis les pleurétiques, les péritonitiques les cirrhotiques : elle est presque nulle chez les néphritiques. L'urée et les sels éliminés en 24 heures augmentent avec la quantité d'urine. La diurèse est due à l'augmentation de pression et à l'action vaso-dilatatoire sur le rein. L'augmentation de pression vient d'abord de l'action du cœur, puis de l'accroissement d'eau dans le sang. Le pouls diminue de fréquence par suite de l'excitation de la fibre cardiaque et du centre modérateur bulbaire. La vaso-dilatation est due à la paralysie des vaso-moteurs. L'augmentation d'urée est due à l'accroissement de l'élimination. L'épithélium rénal n'est jamais altéré, même après long usage. DASTRE.

I. — Airol, par Fr. LÜDY (*Schweiz. Woch. Chem. Pharm., XXXIII*).

II. — Untersuchungen mit Airol, einem neuen Iodoformersatz, par Carl S. HÄGLER (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 13, p. 395, 1er juillet 1895*).

III. — Ueber Airol, par J. FAHM (*Ibidem, n° 8, p. 237, 15 avril 1895*).

I. — Lüdy donne le nom d'airol au sous-gallate de bismuth ou dermatol, dans lequel il a introduit de l'iode à la place d'un groupe d'hydroxyle. C'est une poudre très fine, verdâtre, inodore, insapide, se conservant à la lumière, apte à remplacer l'iodoforme dont elle partage les propriétés antiseptiques et cicatrisantes, sans en avoir l'odeur ni la toxicité.

II. — L'airol, exposé à l'air humide ou sur une plaie, cède rapidement une partie de son iode et se transforme en une poudre jaune rouge, plus basique que lui. Par des expériences sur cobayes et lapins, Haegler s'est assuré de son innocuité pour l'homme; en injection intrapéritonéale, il n'est mortel, comme le dermatol, qu'aux doses de 2 1/2 à 3 grammes par kilogramme de poids, et les animaux offrent les lésions de l'empoisonnement bismuthique.

Sur des cultures de 10 espèces microbiennes, le dermatol s'est montré à peu près dénué de pouvoir antiseptique, tandis que l'effet de l'airol était comparable à celui de l'iodoforme. L'airol est efficace surtout contre les microbes réducteurs énergiques (choléra et anaérobies). A la policlinique chirurgicale, l'airol a été employé dans environ 800 cas. Sans causer la moindre irritation, il sèche promptement les plaies, active leur bourgeonnement et agit comme l'iodoforme.

III. — Fahm se sert depuis six mois de l'airol pour panser les brûlures et les ulcères variqueux; il ne connaît aucun topique qui tarisse aussi vite les sécrétions sans irriter le moins du monde les téguments environnants. Dans un cas d'ulcérations tuberculeuses de l'intestin, il l'a administré à l'intérieur, à la dose biquotidienne de 20 centigrammes, et a atténué ainsi considérablement la diarrhée et les douleurs. Aucun effet fâcheux. J. B.

Sur l'action physiologique et thérapeutique du salacétol, par F. RICHETTI (*Arch. ital. de biol., XXIII, p. 270*).

Le salacétol n'exerce pas d'action fâcheuse sur l'économie : il est antiseptique, antipyrétique ; c'est un excellent désinfectant pour l'intestin. Il serait utile dans les affections de l'intestin et dans le rhumatisme articulaire aigu. DASTRE.

Quelques recherches expérimentales sur l'action topique du salol, par COLOMBINI (*Riforma med., 14 septembre 1895*).

C. s'est demandé si le salol, en application externe, subit le même dédoublement que pris à l'intérieur. Pour résoudre la question il a mis du salol au contact de diverses substances animales et végétales, dans des tubes à essai, et recherché avec le perchlorure de fer la réaction bleue de l'acide salicylique, réaction que l'on n'obtient pas avec le salol pur; les tubes à essai étaient placés pendant 10 heures dans l'étuve d'Arsonval, à la température de 38°.

Ces expériences ont montré qu'en présence des liquides alcalins de l'organisme et des tissus vivants, le salol se dédouble en ses éléments constituants; mais il a l'avantage sur chacun d'eux, considéré isolément, de ne pas être irritant ou toxique, car le dédoublement ne s'accomplit que lentement et pour ainsi dire dans la mesure nécessaire et suffisante pour un effet utile. G. LYON.

Étude sur la puissance hémostatique de l'antipyrine, par GRÉPIN (*Thèse de Paris, 1895*).

Aucun agent ne serait doué d'une puissance vaso-constrictive plus rapide, plus définitive, plus assurée, et ses avantages ne seraient contrebalancés par aucun inconvénient sérieux. L'antipyrine est utilisable sous toutes ses formes; elle agit sur toutes les plaies anfractueuses et profondes; sur les tissus vasculaires et fongueux, c'est-à-dire hémorragipares. Par contre, l'action hémostatique interne de l'antipyrine ne doit pas être recherchée ; il faut s'en tenir à l'action purement locale.

R. FAURE-MILLER.

Étude pharmacologique sur le méthyléthylacétone, par E. BARABINI (*Arch. ital. de biol., XXIII, p. 268*).

Ce corps est un hypnotique (propriété qui serait due à la molécule éthyl) ; il est plus actif que l'acétone et moins que le diéthylacétone pour cette même raison. Il abolit successivement les fonctions cérébrale, médullaire, bulbaire. DASTRE.

Action bactéricide et antiseptique du suc d'ail et du sulfure d'allyle sur les bacilles du choléra, par G. INGIANNI (*Arch. ital. de biol., XXIII, p. 267*).

L'essence d'ail a une action énergique sur les bacilles du choléra : elle les tue en deux minutes en solution à 2 0/00 et les arrête à 1/2 0/00. Ce corps est anodin, très diffusible de manière à tout atteindre. Il est éliminé surtout par les poumons. DASTRE.

Pourquoi le guaïacol à petites doses exerce une action toxique chez quelques malades, par L. DEVOTO, (*Arch. ital. de biol., XXIII, p. 268*).

Le guaïacol est très peu toxique chez l'individu sain ; il l'est quelquefois chez le malade. Il provoque l'augmentation de 4 à 5 grammes d'ammoniaque dans les urines des 24 heures et il augmente l'éther sulfurique et les sulfates.

DASTRE.

I. — Note sur l'action physiologique et thérapeutique de l'ichtyol, par A. CECCONI (*Arch. ital. de biol., XXIII, p. 271*).

II. — L'usage interne et sous-cutané de l'ichtyol, par A. GAROFALO (*Ibidem*).

I. — L'ichtyol exerce une action constrictive sur les vaisseaux ; (3 gouttes de la solution à 2,5 à 5 0/00, sur les vaisseaux du mésentère, 11 gouttes de la solution à 3 0/0 sous la peau, chez l'homme). Il y a augmentation de la pression sanguine. Il serait utile dans le rhumatisme, dans l'érysipèle, dans les catarrhes. Il diminuerait progressivement la quantité d'azote des urines.

II. — Administré par ingestion de 1 à 5 grammes par jour ou par voie hypodermique, l'ichtyol est analgésique ou, tout au moins, sédatif.

DASTRE.

Élimination du phénol à jeun, par A. PUGLIESE (*Arch. italiennes de biol., XXII, p. 105*).

1° L'oxydation du phénol diminue durant le jeûne ; 2° les animaux à jeun possèdent à un degré moindre que les animaux nourris, le pouvoir de combiner le phénol avec l'acide sulfurique ; 3° la partie du phénol qui, chez les animaux à jeun, ne se combine pas avec l'acide sulfurique, se retrouve dans les urines à l'état libre.

DASTRE.

Sur l'action décomposante que quelques substances exercent sur l'iodure de potassium dans l'organisme animal, par G. GAGLIO (*Archives ital. de biologie, XXIII, p. 255*).

On injecte du calomel sous la peau d'un chien tous les jours ; puis on fait ingérer 3 grammes d'iodure de potassium et on sacrifie l'animal deux heures après. Il y a des taches jaunes dans les points injectés depuis trois jours au moins. Le calomel a réagi sur l'iodure, parce qu'il n'est pas modifié dans l'organisme (ou seulement très lentement) ; en saupoudrant de calomel divers tissus, on a aussi une coloration instantanée en jaune clair. Réaction de même, mais plus lente, avec le sous-nitrate de bismuth.

DASTRE.

Etude expérimentale sur le fluorure d'argent, par C. LAZZARO (*Arch. ital. de biol., XXIII, p. 260*).

Le fluorure d'argent est bactéricide. Il est caustique ; il est toxique ; il produit sur les grenouilles abattement ou rigidité ; ingéré chez les mammifères, il détermine vomissement et prostration ; en injection hypoder-

mique, tremblement fibrillaire, salivation, abolition des réflexes; par injection vasculaire, mort par arrêt respiratoire. DASTRE.

Action du chlorure de sodium sur l'échange matériel, et sur le cours de l'inanition, par A. PUGLIESE (*Arch. ital. de biologie*, *XXIII*, *p. 263*).

Après l'usage du chlorure de sodium l'aliment est mieux utilisé qu'avant, il y a moins d'azote excrété. L'administration du sodium à doses minimes et répétées épargne les matériaux azotés. Des chiens sont soumis à l'inanition avec eau mesurée. On ajoute du chlorure de sodium par périodes alternées de six jours. On constate que le chlorure retient l'eau dans les tissus. Des observations faites sur l'homme il résulte que le chlorure de sodium en quantité suffisante engendre une épargne considérable des matériaux azotés. DASTRE.

Usage interne et externe du gaïacol, par ANDERS (*Therap. Gaz.*, *mars 1895*).

Les principales conclusions de cet article sont que le gaïacol est un analgésique local; qu'au point de vue général, il est plus actif par la voie hypodermique; et qu'il peut déterminer, dans les cas fébriles, des effets secondaires défavorables, tels que frissons, élévation de température, etc.

R. FAURE-MILLER.

Sur l'action biologique de l'huile de vaseline, par L. MAESTRO (*Archives ital. de biol.*, *XXIII*, *p. 265*).

L'huile de vaseline est toxique en injection hypodermique pour les lapins : il y a : hyperthermie, accélération cardiaque avec affaiblissement, troubles respiratoires, inappétence, immobilité, chute des poils. Il n'y a pas d'action locale. Administrée à l'intérieur, elle produit l'alopécie avec croûtes cutanées. DASTRE.

The action of toluylenediamin : a contribution to the pathology of jaundice (ictère), par W. HUNTER (*The Journal of pathol. and bact.*, *III*, *3*).

L'auteur vérifie et complète les recherches de Stadelmann, Afanassiew, etc., d'après lesquelles la toluylènediamine détermine expérimentalement un ictère prononcé avec une urine chargée d'acides biliaires et de pigments. La bile devient plus épaisse, plus visqueuse à la suite de l'injection de cette substance, d'où l'obstruction temporaire des voies biliaires et la formation de l'ictère. La concentration de la bile est due à un catarrhe des conduits biliaires qui sécrètent une abondante quantité de mucus. Cette sécrétion est, elle-même, le résultat de l'irritation des canalicules par le poison inoculé. A l'autopsie des animaux, on trouve, d'ailleurs, une congestion du duodenum plus marquée au niveau de l'orifice du canal cholédoque.

La bile présente la réaction de la toluylènediamine déjà une heure après l'injection.

Pour l'auteur, les ictères consécutifs à l'empoisonnement par le phosphore, l'hydrogène sulfuré, l'acide pyrogallique, etc., ou aux inhalations d'éther et de chloroforme ; l'ictère des maladies infectieuses, auraient un

mécanisme analogue. Ce ne sont pas des ictères hématogènes ou hémolytiques purs, dus à la destruction des globules rouges et à la mise en liberté de leur pigment. L'irritation des voies biliaires par le poison morbide ou expérimental jouerait le même rôle que dans l'ictère consécutif à l'injection de la toluylènediamine : ce seraient des ictères de nature hémo-hépatogène. H. VINCENT.

I. — L'action protectrice du foie contre les alcaloïdes, par F. SCHUPPER (*Archives ital. de biologie, XXIII, p. 285*).

II. — Sur la fonction antitoxique du foie, par G. LAGARD (*Ibid.*).

III. — Sur la fonction protectrice du foie contre les intoxications intestinales, par G.-B. QUEIROLO (*Ibid., p. 285, 1895*).

I. — L'auteur opère sur des grenouilles saines comparativement avec des grenouilles sans foie et il constate que le foie diminue la toxicité de 2/3 pour la cocaïne, 1/2 pour l'atropine, 3/5 pour l'apomorphine.

II. — Le foie, chez le lapin, n'a aucun pouvoir destructif contre le virus charbonneux, les bacilles de Fränkel et de la diphtérie. Le pouvoir destructif du foie contre quelques substances toxiques, bactériques ou végétales, n'est pas supérieur de beaucoup à celui d'autres tissus : c'est un pouvoir d'élimination plutôt que de destruction véritable.

III. — Le liquide péritonéal n'est pas plus toxique que le liquide pleural, ce qui devrait être si le foie avait une action anti-toxique sur le sang qui le traverse. DASTRE.

I. — Intoxication par le chloralose, par V. HERZEN (*Revue méd. Suisse romande, XV, n° 6, p. 341*).

II. — Note sur l'emploi du chloralose, par THOMAS et WOLF (*Ibid., n° 7, p. 375*).

I. — Tuberculeuse très avancée à laquelle Herzen fait prendre un cachet de 20 centigrammes de chloralose. Une heure après l'ingestion, il trouve cette femme couchée, très pâle, insensible à toutes les excitations, couverte de sueur, avec un pouls filiforme impossible à compter, et offrant des secousses épileptoïdes des membres et des muscles masticateurs avec claquement des dents; ces secousses se produisaient toutes les 15 à 30 secondes et duraient 5 secondes environ ; ni dyspnée, ni vomissements. Une injection d'éther, pratiquée aussitôt, n'agit que lentement; au bout de 2 heures, les secousses avaient notablement diminué, et au bout de 4 heures tout symptôme alarmant avait disparu. Au réveil, la malade n'avait aucun souvenir de ce qui s'était passé.

Herzen fait remarquer la grande analogie que ce cas présente avec celui de Rendu (*R. S. M.*, XLVI, 89).

II. — Thomas et Wolf ont employé le chloralose chez 21 malades atteints d'affections chroniques (11 tuberculeux, 19 hommes). Au début, tous ont reçu une dose de 15 centigrammes, en 3 prises, dans un peu d'eau, à une demi-heure d'intervalle, le soir; au bout de quelques jours, c'est la dose de 25 centigrammes en une fois qui a été généralement administrée; deux tuberculeux ont pris en deux fois, 50 centigrammes; enfin la dose de 75 centigrammes a été essayée une fois, sans succès, pour calmer l'agitation chez une démente sénile, morte peu après d'urémie.

Chez 13 malades, le chloralose a produit un sommeil non interrompu de 6 à 8 heures ; chez 6 les résultats ont été nuls et médiocres chez les

2 autres. Le chloralose n'empêche pas la toux, mais les malades toussent sans s'en rendre compte; il diminue la dyspnée et ne trouble ni la digestion, ni l'appétit. Il parait s'éliminer en nature par l'urine. Comme inconvénients, Th. et W. n'ont noté que des troubles nerveux divers. Chez 1 tuberculeux alcoolique, la dose de 25 centigrammes amena des rêves professionnels et beaucoup d'agitation, tandis que celle de 15 centigrammes, employée pendant 1 mois, a donné de bons résultats. Tous les malades ont une amnésie complète le matin; l'état du cœur n'a jamais causé d'inquiétude. J. B.

I. — Psychische Störung nach Sulfonalgebrauch, par MENDEL (*Berlin. klin. Woch. nº 42, p. 965, 15 octobre 1894*).

II. — Idem, par FRÄNKEL (*Ibidem*).

I. — Le vertige et l'ataxie peuvent constituer les symptômes principaux de l'intoxication chronique par le sulfonal, et l'on pense souvent alors à une ataxie cérébelleuse; mais ces troubles disparaissent graduellement après la suppression du médicament.

Quant au délire noté dans le cas d'Oestreicher, c'est un phénomène dû à l'abstinence de sulfonal.

II. — A la suite de l'administration, 10 jours durant, de un gramme et demi de sulfonal, Fraenkel a vu survenir des phénomènes d'empoisonnement, consistant en ataxie, troubles de la parole, disposition à pleurer, apathie et hématoporphyrine dans l'urine. La prostration augmenta, malgré la suppression du médicament, et la malade succomba brusquement au bout de 6 jours.

Lorsqu'on fait ingérer du sulfonal aux animaux, ceux-ci sont aussi pris d'ataxie, mais leur urine ne contient pas d'hématoporphyrine ; à l'autopsie, on trouve les tubes urinifères graisseux. J. B.

Du permanganate de potasse comme antidote effectif de l'opium, dans les empoisonnements par cette substance, par CARPENTER (*Therap. Gazette, 15 mars 1895*).

L'auteur cite deux cas d'empoisonnement par l'opium ; dans le premier, tous les autres traitements habituels avaient été employés sans succès ; le permanganate réussit parfaitement.

Dans le second cas, il s'agissait d'un enfant de 11 mois auquel le père avait administré un nombre considérable de gouttes d'un remède secret calmant. L'enfant ne s'éveillant plus, l'auteur est appelé le lendemain soir et constate tous les signes d'un empoisonnement profond par l'opium. Après quatre heures de traitement par toutes les méthodes, la respiration se ralentissant, les réflexes de la conjonctive et de la cornée n'existant plus, et le pouls n'étant déjà plus perceptible, l'auteur injecta dans la cuisse cinq gouttes d'une solution saturée de permanganate de potasse. L'effet fut immédiat et, dans un laps de temps très court, tous les accidents disparurent. Il se forma un abcès sans conséquence au point de l'injection. R. FAURE-MILLER.

Sur les lésions du système nerveux central dans l'empoisonnement par la morphine, par M. SARYTCHOFF (*Thèse de Youriew, 1894*).

Expériences sur le chien. Les lésions ont pour siège les cellules ner-

veuses et les vaisseaux, tandis que les tubes nerveux et la névroglie restent indemnes. Le cerveau présente relativement peu de lésions : les cellules rondes et ovalaires de la région motrice du cerveau sont normales, mais les cellules pyramidales sont tuméfiées et à contours effacés ; dans quelques cellules, la substance chromatique disparaît, le protoplasma prend un aspect gélatineux, le noyau se colore mal, le nucléole est brillant ; vacuolisation des cellules nerveuses. Les vaisseaux du cerveau, surtout les veines, sont dilatés et gorgés de sang ; quelquefois les parois veineuses présentent des dilatations anévrismatiques. Dans le bulbe, les lésions siègent surtout dans les cellules ganglionnaires, Dans la moelle, les cornes antérieures des renflements cervical et lombaire sont le plus atteintes.

Dans l'intoxication aiguë, les lésions se traduisent surtout par la tuméfaction des cellules, par la perte des prolongements et la formation des vacuoles ; dans l'intoxication chronique, la dégénérescence granuleuse du protoplasma cellulaire prédomine. H. FRENKEL.

I. — **Studien über die Filix-Amaurose und Amblyopie, par Kunyosi KATAYAMA et Yanatmasu OKAMOTO** (*Viertelj. für gerichtl. Med., supplém. du tome VIII, p. 148*).

II. — **Ueber die Bedeutung des Auftretens von Icterus nach dem Gebrauche von Extractum filicis maris äthereum, par E. GRAWITZ** (*Berlin. klin. Woch., n° 52, p. 1171, 24 décembre 1894*).

III. — **Contribution à l'étude de la toxicité de la fougère mâle, par VAN AUBEL** (*Bulletin Acad. de méd. de Belgique, IX, p. 840*).

I. — A un Japonais de 29 ans, atteint d'ankylostome duodénal, on fait prendre, quotidiennement, pendant 12 jours, 3 grammes d'extrait éthéré de fougère mâle, en pilules. A partir du 10e jour de la cure, le malade accuse de la douleur dans le fond des yeux, la vision d'étincelles et un peu d'affaiblissement de la vue. Dès le 12e jour, la cécité est absolue et l'examen ophtalmoscopique, pratiqué plus tard, montre la teinte grise et l'atrophie des papilles optiques. Ce cas a donné lieu à un rapport médico-légal, le premier en l'espèce, qui a été le point de départ des recherches des auteurs touchant l'action toxique exercée par l'extrait de fougère sur l'appareil visuel. Les premières observations d'empoisonnement ne remontent qu'à 1881 ; elles sont dues à May (*Gaz. med. ital.*, n° 27). K et O. en ont réuni 43. 7 malades ont offert à la fois des troubles digestifs, nerveux et oculaires ; 3 seulement des troubles digestifs et nerveux ; 5 uniquement des troubles digestifs ; 6 des troubles nerveux et oculaires exclusivement ; 7 uniquement des troubles nerveux ; 10 uniquement des troubles oculaires ; 1 de l'albuminurie ; enfin 1 de l'amblyopie et des urates urinaires. En tout 25 malades ont présenté des symptômes visuels, ce qui représente une proportion de 58 0/0 ; 14 d'entre eux ont eu de l'amaurose (incurable chez 12), soit 32 0/0 ; 8 ont eu de l'amblyopie, soit 18 0/0, et 3 des troubles pupillaires, soit 7 0/0. Des 33 malades auxquels le médicament n'a été administré qu'une ou deux fois de suite, 15 ont eu des accidents oculaires, tandis qu'ils ont été constants chez les 10 auxquels il a été administré plus longtemps. 5 des 43 intoxications ont été mortelles.

K. et O. concluent de leurs expériences sur chiens et lapins ainsi que de l'analyse des faits cliniques : L'extrait éthéré de fougère mâle peut provoquer chez l'homme et l'animal des phénomènes toxiques du côté de l'appareil digestif et du système nerveux central; il peut aussi, mais non constamment, produire de l'amaurose ou de l'amblyopie. Ces troubles visuels doivent être rapprochés de ceux dus à l'alcool et au tabac, car, comme eux, ils paraissent survenir plus facilement chez les individus et animaux qui sont anémiés ou débiles. Les troubles visuels dus à l'extrait de fougère s'observent avec une fréquence sensiblement égale sur l'homme (32,56 0/0 de la totalité des empoisonnements) et sur le chien (35, 71 0/0).

La dose toxique pour l'homme oscille entre 3 et 27 grammes par jour quand il s'agit d'une cure de 1 ou 2 jours au plus; entre 3 et 10 grammes par jour quand elle est plus prolongée; pour le chien, elle varie entre $0^{gr},05$ et $0^{gr},21$ par jour et par kilogramme de poids, administrée plusieurs jours de suite.

II. — L'ictère n'est signalé que dans un petit nombre d'empoisonnements par l'extrait éthéré de fougère mâle, et semble manquer surtout dans les cas rapidement mortels. Le catarrhe duodénal qui pourrait l'expliquer, ne se rencontre que dans un petit nombre d'autopsies, c'est ce qui a décidé Grawitz à examiner le sang des malades. Il conclut de ses recherches que l'extrait éthéré de fougère mâle détermine des lésions du tissu hépatique qui, dans les cas légers, se traduisent par une destruction des hématies avec ictère consécutif et, dans les cas graves par de la cirrhose, soit que le foie fût préalablement malade, soit même qu'il fût sain. On devra donc n'employer qu'avec prudence l'extrait de fougère chez les individus dont le foie n'est pas intact et spécialement chez les alcooliques et les syphilitiques. De plus, il sera préférable de ne pas administrer simultanément de l'huile de ricin. En effet, les recherches de Poulsson et de Quirll ont établi que l'acide filicique est beaucoup plus résorbable et toxique quand il est dissous dans des huiles et Freyer (*Therap. Monatshefte*, 1889) a relaté un cas de mort chez un enfant qui, après avoir pris sans accident une dose triple de l'extrait seul, en ingéra 10 grammes seulement, mais avec de l'huile de ricin (*R. S. M.*, XXXIX, 79). J. B.

III. — Après avoir rappelé les travaux antérieurs sur la pharmacologie et la toxicologie de l'extrait de fougère mâle, notamment ceux de Poulsson, Katayama et Grawitz, Van Aubel examine l'action au point de vue de la vision. Dans une série d'expériences il a pu amener la cécité chez des chiens, en six jours, chez un chien de 4,500 grammes en donnant par jour 20 centigrammes d'acide filicique dissous dans 7 centimètres cubes d'huile de ricin; chez d'autres par l'injection sous-cutanée ou intra-veineuse de filicate de soude.

Il explique les accidents par une excitation de la moelle, gagnant le sympathique, d'où dilatation des pupilles (premier symptôme); excitation des vaso-moteurs déterminant la contraction des artères centrales de la rétine, la pâleur de la papille et l'atrophie graduelle du nerf optique.

V. A. étudie aussi l'action générale de l'essence de fougère qui a une analogie frappante avec celle de l'essence de térébenthine, au point de vue de la marche et des doses toxiques.

Il conseille de ne jamais donner de préparation huileuse et prescrit d'ordinaire une dose de 40 centigrammes d'acide filicique amorphe et

60 centigrammes d'essence de fougère, dans une potion gommeuse pour le ténia; 60 centigrammes d'acide et 90 centigrammes d'essence dans l'anchylostomiase. S'assurer que les malades n'ont ni lésions des reins ou du foie et ne jamais donner le médicament deux ou trois jours consécutifs. Comme purgatif évacuateur, choisir le calomel ou la scammonée.

A. C.

Drei Fälle von Cytisinvergiftung, par W. SAAKE (*Deutsche med. Woch., n° 23, p. 369, 1895*).

L'empoisonnement par les graines de cytises peut être confondu avec une gastro-entérite aiguë ou une attaque de dysenterie; se basant sur 3 cas qu'il a eu l'occasion d'observer chez des enfants, l'auteur résume ainsi les traits caractéristiques de cette intoxication.

Au début, aspect d'une crise de choléra avec exfoliation de l'épithélium du côlon inférieur et du rectum, élévation de la température, contractions cloniques portant sur la plus grande partie des muscles striés, dilatation des pupilles et fonte extraordinairement rapide du tissu musculaire des extrémités. Dans les 3 cas, il y a eu anurie ou au moins oligurie. L'état général rappelle absolument celuil des cholériques. Les douleurs sont peu marquées. A l'autopsie, le fait dominant est l'anémie du tube intestinal et l'hyperémie de l'encéphale. H. DE BRINON.

Influenza della temperatura nell' avvelenamento per paraldeeide, par M. JORFIDA (*Il Morgagni, p. 409, juin 1895*).

L'action des doses non mortelles de paraldéhyde est rendue moins longue et moins grave quand on empêche la dispersion du calorique en enveloppant l'animal d'ouate; on peut par ce procédé empêcher la mort par la dose mortelle minima, mais on n'y parvient pas si la dose est de beaucoup supérieure à la dose mortelle. En empêchant la dispersion du calorique, on modifie spécialement l'action sur la respiration et la température. Par l'enveloppement avec l'ouate, on empêche la paralysie respiratoire de se produire; mais on n'y parvient pas quand on a administré des doses plusieurs fois toxiques, parce que la paraldéhyde réduit considérablement les combustions organiques. En redonnant du calorique, au moyen d'un bain chaud, à un animal refroidi par l'action de la paraldéhyde, on n'arrive presque jamais à empêcher la mort et on n'arrive pas à modifier notablement l'action sur la respiration et sur la température. Il semble que la paraldéhyde tue l'animal en déterminant la paralysie respiratoire par suite d'un fort abaissement de la température.

GEORGES THIBIERGE.

Ueber die Sublimatintoxication, par LEUTERT (*Fortschrift der Med., XIII, p. 89 et suiv.*).

Leutert étudie la valeur de la calcification des reins dans l'intoxication par le sublimé. Il la considère non comme un véritable processus de calcification, mais comme une excrétion exagérée de chaux par les parois vasculaires altérées, ou comme le résultat de la gêne du passage de la chaux à travers les épithéliums rénaux altérés. Comparant les effets

de la ligature artérielle à ceux de l'intoxication, il constate que, dans la ligature, les épithéliums qui se calcifient sont ceux qui, lésés par la ligature de leurs vaisseaux, restent encore capables de fonctionner ; et que dans l'intoxication il faut de même, pour que la calcification se produise, que les épithéliums soient lésés, mais non tués. Il admet que, dans les cas avancés, la calcification de l'épithélium rénal a une valeur diagnostique absolue pour l'intoxication par le sublimé. C. LUZET.

Sur la possibilité de l'empoisonnement par le sublimé dû à la transformation du calomel dans le tube digestif, par D. MONTALDI (*Archives ital. de biol., XXIII, p. 261*).

On administre au chien du calomel dans l'estomac, par la sonde gastrique, puis on fait ingérer de la limonade chlorydrique, viande salée, eau de laurier. Jamais on n'observe de phénomènes cliniques d'empoisonnement par le sublimé, non plus que les altérations caractéristiques de cet empoisonnement. Les accidents signalés à la suite de ces administrations doivent être attribuées à une impureté (sublimé corrosif) du calomel.

DASTRE.

Sur la glycosurie par l'oxyde de carbone et le gaz d'éclairage, par A. GAROFALO (*Arch. ital. de biol., XXIII, p. 285*).

Il a été impossible de trouver du sucre dans l'urine chez les animaux intoxiqués à tous les degrés par l'oxyde de carbone ou par le gaz d'éclairage. La glycosurie oxycarbonique est un phénomène accidentel inconstant. DASTRE.

Beiträge zur Kenntniss der Kohlenoxydvergiftung (Sur l'empoisonnement par l'oxyde de carbone), par G. MARTHEN (*Archiv f. pathol. Anat., CXXXVI, 3*).

Dans cinq cas d'empoisonnement d'intensité moyenne par l'oxyde de carbone, Marthen constata une élévation constante de la température. La plupart des livres parlent d'un abaissement de température accompagnant cette sorte d'empoisonnement ; il est vrai qu'il s'agit le plus souvent d'empoisonnement grave avec collapsus.

Quant aux échanges nutritifs, il résulte des analyses de Marthen que, dans l'un des cas l'élimination de l'azote avait augmenté dans la proportion de 3 à 4. C'est pendant quinze jours que durait ce dédoublement notable des substances albuminoïdes.

En comptant les globules sanguins, Marthen trouva que, dans l'espace de cinq jours, ils avaient diminué de 2 millions. ÉD. RETTERER.

THÉRAPEUTIQUE.

Sur la conservation du sérum antidiphtérique, par ARLOING (*Lyon médical, 24 novembre 1895*).

A. a essayé de garantir le sérum contre l'introduction de germes accidentels par l'addition d'un antiseptique qui n'altère pas le pouvoir immunisant. Des expériences précises et multiples l'ont conduit aux résultats suivants : le pouvoir initial du sérum étant de 100 est ramené à :

97.25 par l'acide phénique,
96.37 — l'eucalyptol,
63.39 — l'acide thymique,
56.25 — l'acide salicylique,
51.31 — l'acide thymique en excès.

L'eucalyptol ayant des propriétés antiseptiques puissantes et n'altérant presque pas le sérum, A. l'utilise pour stériliser à la dose de 4 0/0. Les flacons, ainsi préparés, restent indéfiniment stériles et n'ont presque rien perdu de leurs qualités antiseptiques. A. CARTAZ.

I. — Unsere Erfahrungen mit dem Diphtherie-Heilserum, par LEICHTENSTERN et WANDELSTADT (*Münch. med. Woch., n° 24, p. 553, 1895*).

II. — Ueber 100 mit Behring's Heilserum behandelte....., par Karl FÜRTH (*Ibid., n° 38, p. 689, 1895*).

III. — Rapport sur 206 cas de diphtérie traités par le sérum de Behring' (*Ibid., n°s 31 et 32, p. 713 et 759, 1895*).

IV. — Mittheilungen zur Behandlung der Diphtherie....., par WESENER (*Ibid. n°s 37 et 38, p. 853 et 883, 1895*).

I. — Ces auteurs n'ont pu constater de diminution dans la mortalité des non-opérés depuis l'emploi du sérum. Il est vrai que la mortalité totale a diminué, mais seulement par ce fait que les trachéotomisés ont eu une diminution considérable de leur mortalité. Ils ne savent à quoi attribuer cette particularité. En effet, ce n'est ni par la diminution du nombre des trachéotomisés, ni par amélioration du pourcentage de mortalité des non-opérés que leur statistique s'est améliorée. Par contre, ils n'ont jamais observé de manifestations rapportables à une action nocive du sérum.

II. — La moyenne des morts par diphtérie était dans ces dernières années de 39 0/0, à la clinique de Fribourg-en-Brisgau; depuis l'emploi du sérum, elle est tombée à 12 0/0. Sur ces 100 cas, 31 ont subi la trachéotomie, 11 sont morts, 1 est mort sans trachéotomie; au lieu de 46,2 0/0 de trachéotomies que l'on avait auparavant. La mortalité de la trachéotomie, de 70,4 0/0, est tombée à 35,4 0/0.

Il a, sur ces 100 cas, noté 67 fois une albuminurie plus ou moins intense, 8 fois des troubles de l'activité du cœur, 4 fois des paralysies post-diphtéritiques.

III. — En comparant les résultats des périodes antérieures, on constate sur la totalité des cas une diminution notable de mortalité (de 44,05 à 29,07 0/0) et aussi des cas à trachéotomies de 60 0/0 à 36,07 0/0.

Dans cette série ultérieure de 206 cas, la mortalité après trachéotomie, qui était de 55,7 0/0, est tombée à 46 0/0.

IV. — Dans la diphtérie simple de la gorge, la sérumthérapie n'est ni plus, ni moins avantageuse que le traitement local approprié. Toutefois elle ferait éviter une propagation au larynx; mais elle ne met pas à l'abri des phénomènes septiques. Pour le croup, elle semble rendre moins souvent nécessaire, la trachéotomie (ou tout autre traitement de la sténose du larynx) ; de plus, il paraît évident que l'on est plus à l'abri d'une propagation de la maladie à la trachée ou aux bronches ; mais quand il existe déjà du croup trachéal, le traitement par le sérum devient très douteux. Dans les cas accompagnés de phénomènes septiques, la sérumthérapie paraît inutile ou même nuisible. L'auteur ne considère pas comme prouvée la valeur immunisante du sérum. Le traitement par le sérum n'est pas nuisible. C. LUZET.

I. — Angine pseudo-membraneuse traitée par le sérum de Roux : albuminurie, urémie, arthropathies, par COMMITTON (*Revue mens. des mal. de l'enf.*, *janvier 1895*).

II. — Un cas d'angine membraneuse traitée par le sérum de Roux : mort avec anurie et convulsions urémiques, par L. GUINON et ROUFFILANGE (*Ibid.*, *mars 1895*).

III. — Angine diphtérique associée bénigne traitée par le sérum : accidents toxiques, par THIBIERGE (*Ibid.*, *mai 1895*).

I.—Une fille de 12 ans est prise, le 1er octobre, d'une angine qui est reconnue diphthéritique, le 3. Le 5 on fait une injection de sérum, puis une autre le 6 au soir; le 8, l'angine est guérie. Le 16, l'enfant est reprise de fièvre avec voix nasonnée, reflux des aliments par le nez. Les deux genoux sont très douloureux et très tuméfiés; l'urine est très albumineuse. Il y a un érythème partant des piqures (faites au flanc droit) et s'étendant à toute la face externe de la cuisse droite. Au bout de trois jours les malaises s'atténuèrent puis disparurent; la paralysie du voile du palais dura encore quelque temps.

II. — Une fillette de 3 ans, prise de fièvre le 10 décembre, a une angine membraneuse constatée le 13; le 15, les membranes recouvrent les amygdales et les piliers, il y a du jetage nasal. Le soir injection de 15 centimètres cubes de sérum. Le 16, érythème ortié sur le tronc et les cuisses; injection de 5 centimètres cubes de sérum. Le 17, les membranes sont grises, la langue et les lèvres ulcérées, urines rares albumineuses; injection de 10 centimètres cubes de sérum. Le 18, anurie; on fait une injection de sérum artificiel et on donne de grands lavements froids; le 19, l'enfant urine 500 grammes, état général meilleur. Le 20, 250 grammes d'urine albumineuse et retour de fièvre. 4e injection de sérum (10 c. c.). Le 21, anurie. Le 22, mort, après des convulsions suivies d'un état comateux.

III. — Une enfant de 4 ans est prise de fièvre, le 21 octobre; le soir même on voit une plaque blanche sur l'amygdale droite. Le lendemain on fait deux

injections de 20 puis de 10 centimètres cubes. Bacilles de Löffler et staphylocoques; le 23, injection de 5 centimètres cubes; les membranes restent très limitées et tombent à chaque lavage. Le 25, quatrième injection de 5 centimètres cubes; urticaire autour des piqûres; le 28, nouvelle plaque contenant encore des bacilles de Löffler peu virulents; cinquième injection de 15 centimètres cubes; le 29, urticaire généralisée; un peu d'albumine dans les urines. Le 31, l'enfant est prise de vomissements plusieurs heures après les repas; l'albuminurie persiste, les vomissements continuent le 1er et le 2 novembre, cessent pour reprendre le 5; en même temps urines très rares et apparition sur les genoux, les fesses et l'abdomen de taches rouges comme dans les cas d'érythèmes infectieux et douleurs à l'épaule et au poignet droits. Le 7, anurie et collapsus avec hyperthermie; après plusleurs bains frais et refroidis l'enfant, presque mourante, s'améliore le 9 et se rétablit franchement à partir du 12, quoique pendant un mois on trouvât sur les amygdales des plaques blanches, se détachant aisément et non accompagnées d'adénopathie.

Thibierge impute les accidents graves non à la diphtérie mais au sérum. H. L.

De la réalité des accidents de la sérothérapie appliquée au traitement de la diphtérie, par André MOUSSOUS (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance, octobre 1895*).

Sur 38 cas l'auteur a relevé 9 fois des éruptions cutanées qui ont revêtu des aspects variés : 1° érythème généralisé ou localisé, morbilliforme; 2° érythème scarlatiniforme diffus ou par placard; 3° érythème ortié; 4° érythème pétéchial; ces érythèmes ont toujours été symétriques durant de quelques heures à 3 jours; le plus souvent accompagnés d'une poussée de fièvre. Moussous ne croit pas que l'on puisse les imputer aux agents infectieux associés, et voit au contraire une conséquence de l'introduction du sérum dans l'organisme et de son retentissement sur les centres nerveux. H. L.

I. — Un cas d'angine non diphtérique, traité par le sérum, suivi de mort, par MOIZARD et H. BOUCHARD (*Soc. méd. des hôp., 5 juillet 1895*).

II. — A propos de l'observation précédente, par ROUX (*Bulletin méd., 24 juillet 1895*).

III. — Des accidents imputables à la sérothérapie ou au streptocoque dans la diphtérie, par SEVESTRE (*Soc. méd. des hôp., 19 juillet 1895*).

I. — Une fillette de 6 ans, est prise, le 30 avril, d'une angine d'apparence herpétique : le 2 mai les fausses membranes envahissent les amygdales et le pharynx postérieur, on injecte 10 grammes de sérum de Roux. L'examen des fausses membranes montre qu'il n'y a pas de diphtérie. Le 5 mai la gorge est guérie. Le 8 mai fièvre intense (près de 40) qui ne cesse plus jusqu'à la mort, vomissements et diarrhée fétide; la gorge est normale, pas d'albuminurie; le 10 mai débute, au niveau de la figure une éruption urticarienne, qui le soir est généralisée, polymorphe. Le soir légère albuminurie. Le 12 mai soudain apparaissent des convulsions généralisées qui amènent la mort en 4 heures

Moizard incrimine le sérum, à cause de l'éruption, et d'une légère douleur articulaire à l'épaule qui avait de peu précédé l'éruption, et il conclut que dans les cas d'angine douteuse légère, il faut, avant de pratiquer l'injection, attendre le résultat de l'examen bactériologique.

II. — Roux proteste contre l'interprétation de Moizard; il montre les lacunes de l'observation, l'absence d'indications sur les agents infectieux trouvés dans les fausses membranes, sur le volume des ganglions; sur l'état du sang, l'absence surtout d'autopsie et d'examen bactériologique consécutif. Selon lui, avant d'incriminer les toxines du sérum, il aurait fallu chercher s'il ne s'agissait pas d'une intoxication, suite d'angine streptococcique. Roux préconise à nouveau l'injection de 10 à 20 centimètres cubes selon l'intensité des cas, sans attendre le résultat d'un ensemencement.

III. — Une enfant de 5 ans, souffrante depuis quelques jours, présente, le 17 mai, une angine d'aspect diphtérique; on injecte 20 centimètres cubes de sérum; l'ensemencement montre des bacilles moyens de Löffler et quelques staphylocoques et streptocoques. Au bout de deux jours la gorge est nettoyée, mais il persistait une obstruction du nez, antérieure de huit jours au moins à la diphtérie.

Le 24, légère poussée d'urticaire; le 28, nouvel ensemencement fertile; le 30 mai on fait des injections dans le nez. Le 1er juin retour de fièvre, céphalalgie; le 2, au matin, gonflement notable de tous les ganglions du cou, éruption morbiliforme, sur les joues, le cou, les mains; léger exsudat blanc sur les amydales; douleur assez vive au poignet droit; le 3, après une nuit avec délire et hallucinations, on trouve le pouls petit, irrégulier, les bruits du cœur mal frappés, plusieurs articulations douloureuses et très gonflées, l'éruption beaucoup plus accentuée, scarlatiniforme sur le tronc, morbilliforme sur les membres, surtout au niveau des jointures, purpurique par places; la gorge était rouge, mais sans exsudat; les urines supprimées la veille étaient revenues; pas d'albuminurie; amélioration dès le 4. Le 3, puis le 16 juin on trouvait encore des bacilles et des streptocoques.

Sevestre admet que l'obstruction du nez était due à la tuméfaction des fosses nasales envahies par les microbes; et que l'irrigation a amené une absorption plus grande des toxines en enlevant une couche de protection; il disculpe absolument la sérumthérapie et croit que, dans le cas de Moizard, c'est également le streptocoque qu'il faut mettre en cause.

H. L.

Applicazione cliniche dello siero antidifterico preparato nel laboratorio di Bologna, par L. MAZZOTTI et L. BACCHI (*Boll. sc. med. di Bologna, VI, juillet et août 1895*).

Les auteurs publient une nouvelle série de 58 cas de diphtérie traités par le sérum préparé au laboratoire d'hygiène de Bologne par Brazzola. L'examen bactériologique montra 7 fois le bacille de Lœffler seul, 51 fois associé. Sur ces 58 cas, il n'y a eu que deux morts.

Le sérum de Brazzola n'a qu'un numéro correspondant comme énergie à un numéro intermédiaire entre le 1 et 2 de Behring. A. CARTAZ.

La sérothérapie : mode d'emploi; résultats cliniques, par PATET (*Thèse de Lyon, 1895*).

Après un historique très consciencieux de la sérothérapie, l'auteur donne les résultats obtenus par l'emploi du sérum de Behring et du sérum de Roux dans 92 cas d'angines pseudo-membraneuses traitées à l'hôpital de la Charité de Lyon.

La mortalité a été abaissée de moitié sur le chiffre de pourcentage des décès par diphtérie, dans la ville de Lyon, avant l'emploi du sérum ; elle est tombée à 17 0/0. Les seuls accidents imputables au sérum ont été des éruptions morbilliformes ou scarlatiniformes sans gravité.

On peut reprocher à cette statistique de compter une grande quantité de cas dans lesquels l'examen bactériologique des fausses membranes n'a pas été pratiqué, et un certain nombre de cas reconnus comme non diphtériques bactériologiquement. H. BOURGES.

La sieroterapia nella difterite e nei tumori maligni, par A. DAMIENO (*Boll. mal. d. orecchio, XIII, 10*).

D. a traité 58 cas de diphtérie par le sérum de Giaxa, 29 diphtéries pharyngées, 2 morts, dont un adulte de 65 ans ; 29 croups, 9 morts. D. a également essayé le sérum anticancéreux, chez deux malades, un sarcome de la base du crâne, un lymphosarcome de l'amygdale ; il y eut aggravation des accidents qui forcèrent à suspendre le traitement.

A. CARTAZ.

Rhumatisme polyarticulaire généralisé avec érythème post-sérothérapique, par GALLIARD (*Soc. méd. des hôpitaux, 12 juillet 1895*).

Une femme de 23 ans entre, le 6 juin, pour une angine pultacée d'allure bénigne qui, le 10, devint grave, avec larges fausses membranes, haleine fétide ; on pratique une injection de 40 c.c. de sérum de Roux. Le soir et le lendemain, hyperthermie ; l'examen bactériologique montre qu'il n'y a que des streptocoques et du staphylocoque doré. 15 juin, la gorge est guérie, la malade part, est prise le 25 de malaises, le 27 de raideur de membres avec taches rouges sur tout le corps. Le 28, on trouve les signes d'un rhumatisme articulaire généralisé (épaules, coudes, poignets, cou-de-pieds, genoux, hanches, mâchoires) et une éruption morbilliforme et papuleuse en voie de disparition ; forte fièvre. Au bout de 2 jours de traitement, avec 6 gr. de salicylate de soude, les douleurs disparaissent complètement ; pas de desquamation.

Galliard attribue cette polyarthrite avec érythème à l'injection de sérum.

H. L.

Resultats de la sérothérapie à l'hôpital des enfants, par R. SAINT-PHILIPPE (*Journ. méd. Bordeaux, 30 novembre 1895*).

Les résultats obtenus dans le service de l'auteur n'ont été, je crois, aussi remarquables dans aucun autre hôpital. Dans le premier trimestre, il avait traité 65 cas de diphtérie, 13 trachéotomies, avec seulement 6 décès ; dans le second trimestre, sur 55 cas et 6 trachéotomies, on n'a eu aucun décès. A. CARTAZ.

The leucocytosis of diphteria under influence of serumtherapy, par James EWING (*New York med. Journ., p. 161 et 196, 10 et 17 août 1895*).

La diphtérie s'accompagne ordinairement d'une leucocytose prononcée qui débute quelques heures après l'infection, surtout abondante au plus fort de la maladie dans les cas favorables, pour décroître lentement durant la convalescence : dans les cas défavorables, elle continue jusqu'à la mort.

Le degré de la leucocytose varie souvent dans la diphtérie avec la fièvre, mais correspond plus ordinairement à l'étendue de la lésion locale; il indique le degré de réaction contre les produits toxiques qui circulent dans le sang. Néanmoins, une leucocytose abondante, tout en indiquant une réaction prononcée contre une infection grave, n'est point nécessairement un signe de pronostic défavorable; de même la diminution de la leucocytose accompagne ordinairement, mais pas toujours, une issue favorable de la maladie.

L'antitoxine, trente minutes après son injection, cause une hypoleucocytose, la diminution portant surtout sur les leucocytes uninucléaires : cette action est due, pour la majeure partie, au principe immunisateur contenu dans le sérum.

Dans les cas favorables, après l'injection de l'antitoxine, la leucocytose n'atteint jamais de nouveau le degré élevé qu'elle avait auparavant.

Dans les cas sévères ou moins favorables, l'injection est suivie, au bout de quelques heures, d'hyperleucocytose et de fièvre; dans les cas défavorables, on observe soit une rapide hyperleucocytose ou une extrême hypoleucocytose et la mort.

La diminution du nombre des leucocytes, aussitôt après l'injection d'antitoxine, surtout dans les cas graves, est un accident qu'il faudrait s'appliquer à éviter. MAUBRAC.

Éruption consécutive à une injection de sérum antistreptococcique, par RICHARDIÈRE (*Union méd.*, *6 juillet 1895*).

Une femme de 20 ans a reçu au cours d'un érysipèle de la face bénin, une injection de 10 centimètres cubes de sérum antistreptococcique; huit jours après elle note une éruption sur les bras et les jambes consistant en papules ortiées, et remplacées le lendemain par de larges placards d'un rouge foncé, disposées en zones, surtout au niveau des jambes; la teinte fixe n'était pas modifiée par la pression; c'était donc une éruption purpurique, quoique la couleur fut plutôt celle d'un érythème, quelques placards sur le tronc, pas de démangeaison, ni d'albumine; quelques vagues douleurs articulaires; l'éruption ne fut pas suivie de desquamation et disparut le 26 juin. H. L.

Des injections intra-parenchymateuses du poumon dans le cas de tuberculose pulmonaire, par CHANDEBOIS (*Thèse de Paris*, *1895*).

Dans cette thèse, l'auteur établit que les injections intra pulmonaires bien faites sont sans danger, et que l'on doit préférer une solution de naphtol ou d'huile créosotée. Mais on doit les rejeter lorsque les lésions tuberculeuses sont étendues et ont dépassé manifestement le premier degré. R. FAURE-MILLER.

Further report of the serumtherapy in tuberculosis, par Paul PAQUIN (*Journ. of the Americ. med. Ass.*, *19 octobre 1895*).

P. continue ses travaux sur le traitement de la tuberculose par les injections de sérum de cheval. Il estime que c'est dans les cas de tuberculose à marche rapide que le traitement est appelé à donner les meilleurs résultats; il cite deux cas de guérison, du reste peu probants, et termine son article en s'élevant contre l'idée que l'on pourrait se faire que la

sérumthérapie de la tuberculose aurait un effet magique et miraculeux. Elle peut, toutefois, toujours être tentée dans une maladie qui tue dans 99 0/0 des cas. CART.

Influence de l'iode sur la température des phtisiques, par V. CERVELLO (*Archives ital. de biol.*, *XXIII*, *p. 259*).

L'iode abaisse la température fébrile au degré normal, chez les phtisiques peu avancés, quand on l'emploie en badigeonnage de teinture ou en injection hypodermique. L'effet se produit très rapidement en un ou plusieurs jours. L'iode agirait comme antifermentatif et microbicide. Les badigeonnages sont préférables. DASTRE.

Pyopneumothorax ancien, opéré par le procédé de Delorme, par LARDY (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, *n° 6*, *p. 167*, *15 mars 1895*).

Lardy relate un cas de pyopneumothorax qu'il a opéré, à l'hôpital français de Constantinople, suivant le procédé de Delorme (*R. S. M.*, XLII, 661 et XLIV, 289).

Il considère le procédé de Delorme comme un heureux perfectionnement du traitement du pyopneumothorax, et est persuadé qu'il remplacera avantageusement la thoracoplastie. Si, chez son malade, il a encore sacrifié un certain nombre de côtes, c'est qu'il était peu convaincu de l'efficacité du procédé d'excision des fausses membranes. J. B.

Inhalations d'oxygène gaïacolé dans la gangrène pulmonaire, par RICHARDIÈRE (*Union méd.*, *10 avril 1895*).

Richardière fait respirer l'oxygène après qu'il a barboté dans le laveur contenant du gaïacol; il se charge au passage de vapeurs gaïacolées; dans deux cas de gangrène pulmonaire, les crachats et l'haleine cessèrent d'être fétides en quelques jours, quoique l'affection continuât à évoluer; dans un troisième cas, qui se termina par la mort, les inhalations diminuèrent la mauvaise odeur sans la faire disparaître. H. L.

Traitement de la pneumonie par les inhalations de nitrite d'amyle à hautes doses, par HAYEM (*Soc. méd. des hôp.*, *11 octobre 1895*).

Hayem rappelle que le nitrite d'amyle est le type des agents qui transforment l'hémoglobine dans le globule même, sans détruire l'élément anatomique. Il a pu élever sans inconvénienl le nombre de gouttes respirées en une séance, à 60, 80 et même 100 gouttes sur une compresse.

Les résultats obtenus dans la tuberculose n'ont pas été favorables Pour la pneumonie ils ont été bons. Hayem verse 15 gouttes de nitrite sur une compresse maintenue à 2 ou 3 centimètres en avant du nez et de la bouche, et fait respirer largement le malade puis recommence aussitôt une et deux fois.

Il fait une ou deux séances d'inhalation par jour. Pendant ces inhalations la face rougit, le pouls s'accélère, le malade a une légère dyspnée. Après, la dyspnée diminue notablement, et les crachats sont moins visqueux. Sur 77 cas, Hayem a eu 16 décès, soit 21 0/0. H. L.

Vastes phlegmons érysipélateux guéris par la sérothérapie antistreptococcique, par FOLET (*Bulletin méd., 2 juin 1895*).

Cette observation concerne un jeune homme de 23 ans ayant été atteint, à la suite d'un traumatisme, d'un érysipèle du membre inférieur et successivement de vastes phlegmons des deux cuisses, de la hanche et de la région lombaire. Amaigrissement considérable; température oscillant entre 39 et 40°; état général inquiétant. Deux mois et demi après le début de la maladie, l'examen du pus ayant révélé la présence de nombreux streptocoques, on fait une injection de 10 centimètres cubes de sérum (sérum d'âne). Trois jours après, chute de la température, diminution de la suppuration, et l'un des phlegmons, neuf jours plus tard, est presque guéri. Le pus est examiné et ne contient plus de streptocoques.

Néanmoins une nouvelle injection de 10 centimètres cubes de sérum (sérum de cheval) est pratiquée. Dans les quinze jours qui suivent, la température s'élève, et deux nouveaux abcès surviennent; dans l'un il y a des streptocoques; dans l'autre on ne trouve que des staphylocoques. Ces abcès ouverts ne tardent pas à se tarir, et, en moins de deux semaines, sont cicatrisés.

OZENNE.

Injections intra-veineuses de sublimé dans la septico-pyohémie, par DESGUIN (*Ann. Soc. méd. d'Anvers, février 1895*).

Desguin a injecté dans les veines la solution de Baccelli (sublimé 1 gramme, chlorure de sodium 3 grammes, eau distillée 1000 grammes), à la dose de 4 à 14 milligrammes en 4 à 29 jours, dans deux cas de pyohémie et deux cas de septicémie puerpérale. Dans l'un des premiers et les deux derniers, il a obtenu la guérison, qu'il regarde comme très probablement due aux injections. Dans un cas de pyohémie seulement, l'effet a été nul. LEFLAIVE.

Bromoform in pertussis, par EATON (*Journal of the Amer. med. Ass., 12 octobre 1895*)

E. a traité 29 cas de coqueluche ou de bronchite spasmodique chez des adultes et des enfants par le bromoforme, qu'il tient pour un médicament diminuant le nombre des quintes et abrégeant la durée de la maladie. Il recommande de n'administrer que du bromoforme absolument pur, en commençant par quelques gouttes que l'on met dans un peu d'eau au moyen d'un flacon compte-gouttes (82 gouttes de bromoforme pur égalent un gramme), pour atteindre rapidement la dose thérapeutique, c'est-à-dire la dose convenable à chaque sujet pour diminuer le nombre des quintes. On donnera ensuite le médicament à doses descendantes. Quoi qu'il en soit, le bromoforme n'étant pas un médicament anodin, il y aura lieu de surveiller journellement l'état du cœur et des poumons des malades en traitement. CART.

Quelques considérations sur l'action de la teinture de buis dans certaines formes de fièvres intermittentes d'origine hépatique, par GADOT (*Thèse de Paris, 1895*).

G. établit dans cette thèse que la teinture de buis est un médicament extrêmement actif; c'est un purgatif drastique, à la dose de 2 à 4 grammes.

Cette teinture a une action indéniable sur les accès de fièvres intermittentes; mais elle agit comme cholagogue et non comme succédané de la quinine. Elle trouvera donc son indication dans toutes les formes d'affections du foie s'accompagnant d'ictère et de fièvre. R. FAURE-MILLER.

Le salophène dans le traitement du rhumatisme, par L. LAVRAND (*Journal des sc. méd. de Lille, 22 décembre 1894*).

Relation de 7 cas de rhumatisme traité par le salophène, avec un résultat comparable à celui du salicylate de soude. L'avantage est au salophène, qui est à la fois analgésique et antipyrétique, tout en n'ayant pas de goût et en n'étant pas agressif pour l'estomac. La dose quotidienne employée a été de 2 grammes, dissous dans un peu d'eau.

H. R.

L'acide salicylique par voie épidermique dans le rhumatisme articulaire aigu, par R. JEMMA (*Arch. ital. de biol., XXIII, p. 269*).

1° L'emploi de l'acide salicylique par voie épidermique dans le cas de rhumatisme articulaire aigu écarte les inconvénients des gastrites et troubles digestifs. 2° L'acide salicylique a une action analgésique constante et rapide. 3° Il a une action révulsive sur les articulations, sans trouble subjectif. 4° Il a peu d'effet antithermique. DASTRE.

Des bons effets de l'antipyrine dans certaines diarrhées de l'enfance, par SAINT-PHILIPPE (*Mercredi méd., 1er mai 1895*).

Par suite de ses propriétés astringentes, calmantes et microbicides, l'antipyrine est le médicament de choix de la plupart des diarrhées simples de l'enfance, pour lesquelles elle remplace avantageusement l'opium. Elle ne convient pas aux maladies graves du tube digestif où dominent l'infection et l'auto-intoxication; elle est contre-indiquée aussi dans les formes à hypo et à hyperthermie.

Elle est absorbée et supportée avec la plus grande facilité par les enfants les plus petits. La dose habituelle est de 0,15 à 0,20 centigrammes par jour par chaque année d'âge. Il est avantageux d'administrer l'antipyrine à doses fractionnées. LEFLAIVE.

Due casi di diabete trattati con iniezioni ipodermiche di estratto glicerico e con l'uso interno di pancreas fresco, par L. VANNI et G. BURZAGLI (*Il Morgagni, p. 470, juillet 1895*).

1° Homme de 18 ans. Dans les huit premiers jours du traitement par les injections d'extrait glycériné, augmentation de la quantité journalière d'urine et des quantités totales et de la proportion centésimale de sucre; pendant les huit jours suivants, diminution notable des quantités d'urine et de sucre. Dans les huit premiers jours du traitement par l'usage interne du pancréas, augmentation notable de la quantité d'urine et diminution de la quantité de sucre et dans les huit jours suivants diminution de la polyurie et légère augmentation de la quantité totale et de la proportion centésimale de sucre. Pendant le traitement, légère augmentation du poids du corps.

2° Homme de 53 ans. Dans les huit premiers jours du traitement par les

injections, légère diminution de la quantité d'urine, augmentation de la quantité totale de sucre, et diminution de la proportion centésimale de sucre (cette contradiction tient à ce que les analyses d'urine n'ont pas été faites chaque jour); les huit jours suivants, augmentation faible de la quantité d'urine et augmentation notable de la quantité de sucre. Le traitement par l'injection du pancréas provoqua un abaissement notable de la quantité d'urine et de sucre, résultat qui s'accusa encore davantage les jours suivants. Augmentation notable (6 kilogrammes) du poids du corps.

L'auteur pense que ces contradictions peuvent tenir à la quantité et la qualité des préparations employées, la qualité pouvant varier suivant l'état de fonctionnement de la glande, suivant sa vascularisation, suivant l'âge et l'état de l'animal qui l'a fourni. Il résulte des faits précédents qu'il y a avantage à se servir de glande fraîche plutôt que de faire des injections d'extrait glycériné. GEORGES THIBIERGE.

I. — Traitement spécifique de l'ankylostomiase par le thymol, par A. BRITTO (*Ann. Soc. méd. Bahia, mars 1895*).

II. — Nota sobre a ankylostomiase, par SA E OLIVEIRA (*Ibid., septembre 1895*).

I. — B. emploie contre l'ankylostomiase le thymol, à la dose de 6 grammes en 9 cachets à prendre en 3 fois dans la journée. Le malade est purgé la veille. Le même traitement est renouvelé quelques jours plus tard, si l'on trouve encore des œufs dans les fèces. L'effet du thymol est sûr et il a fallu rarement plus de trois doses pour débarrasser des malades qui rejetaient jusqu'à 500 ankylostomes. Le thymol expulse de même l'ascaride et le tricocéphale.

II. — S. a employé avec succès le suc laiteux du ficus dolaria à la dose de 60 grammes en émulsion aqueuse, suivie d'un purgatif et les jours suivants de préparations ferrugineuses comme reconstituant. A. C.

Versuche zur Heilung der Tetanie, etc. (Essais de traitement de la tétanie au moyen de greffe de corps thyroïde et d'ingestion d'extrait thyroïdien, avec remarques sur l'état du sang dans la tétanie), par GOTTSTEIN (*Deutsche Zeitschr. f. Nervenh., VI, p. 177*).

Après avoir rappelé les principaux traits de l'histoire de la tétanie, et notamment l'apparition de celle-ci à la suite d'opérations de goitre, Gottstein rapporte l'histoire d'une malade présentant des phénomènes de tétanie chez laquelle fut faite deux fois la greffe du corps thyroïde avec un résultat tout à fait transitoire. L'ingestion d'extrait thyroïdien amena au contraire une amélioration très notable, mais non une guérison complète. Ayant eu l'occasion d'examiner au microscope le sang de sa malade, Gottstein constata que, contrairement à ce qui a lieu dans le myxœdème, les globules rouges étaient très petits et comme rétractés.

PIERRE MARIE.

Casuistischer Beitrag zur Behandlung der Osteomalacie (Contribution à l'étude du traitement de l'ostéomalacie), par H. FISCHER (*Prager med. Wochenschrift n° 33, 1894*).

Une femme de 38 ans, ayant eu six enfants, présentait tous les signes de l'ostéomalacie : déformation et douleurs du squelette, démarche, etc. La

maladie avait fait une première et légère apparition à la fin de la troisième grossesse et s'était montrée plus intense aux grossesses suivantes. Chaque fois la maladie avait semblé disparaître après l'accouchement.

Une hémorragie abondante en ramena tous les symptômes.

La guérison s'obtint rapidement par l'huile de foie de morue phosphorée (0,03 p. 100) et les bains salés.

D'autre part, des cinq enfants survivants, les quatre derniers présentent des déformations osseuses d'aspect rachitique ou ostéomalacique, et le mari lui-même, depuis deux ans est atteint de douleurs en divers points du squelette et d'incurvation des fémurs. Toute la famille paraît donc atteinte par l'ostéomalacie, ce qui semblerait indiquer que la maladie est d'origine infectieuse. LEFLAIVE.

Sur l'action du bromure de lithium sur l'albuminurie et sur la sécrétion rénale dans les néphrites aiguës et chroniques, par K. W. POLAKOW (*Vratch, nº 29, 1895*).

Résumant les observations faites sur 22 malades, l'auteur conclut · 1º Le bromure de lithium est un diurétique sûr dans les affections rénales. 2º Dans les néphrites aiguës, il diminue la quantité absolue de l'albumine très fréquemment, mais pas constamment. 3º Dans les néphrites chroniques, la diminution de l'albumine est plus rare et moins prononcée. H. FRENKEL.

Ueber Heilversuche..... (Tentatives de traitement des tumeurs malignes avec les toxines de l'érysipèle), par CZERNY (*Münch. med. Woch., nº 36, p. 833, 1895*).

Les cultures mixtes stérilisées, non filtrées d'érysipélocoque et prodigiosus, injectées en petites quantités, produisent une fièvre rapide, souvent avec frisson, état gastrique, délire, herpès labial, presque toujours sans inflammation; et dont l'intensité varie suivant les sujets, la quantité injectée et aussi suivant que le liquide a été poussé dans les mailles du tissu cellulaire ou dans un vaisseau. Ces phénomènes disparaissent complètement en quelques heures ; mais si les inoculations sont répétées, il survient de la perte de l'appétit, de l'amaigrissement, de l'anémie, etc. Les injections peuvent exercer sur les sarcomes une influence heureuse et les guérir, dans les cas favorables : soit par infiltration séreuse puis résorption simple, soit par ramollissement, nécrose et élimination. Mais ce procédé n'est pas assez sûr pour remplacer l'opération. Il doit être réservé aux cas où le sarcome est inopérable, et pour éviter des récidives à la suite des opérations. Dans les carcinomes, ces injections ne semblent produire tout au plus qu'un ralentissement de leur croissance ; mais pas de guérison. C. LUZET.

Traitement des brûlures superficielles [par la solution saturée d'acide picrique, par FILLEUL (*Thèse de Paris, 1894*).

Le traitement des brûlures superficielles par l'acide picrique constitue le traitement de choix, quelles que soient l'étendue et la nature de ces brûlures. Il supprime la douleur et empêche la formation des phlyctènes. Il doit être employé aussitôt que possible. Les solutions saturées aqueuses

sont les plus pratiques. Il ne se produit aucun accident secondaire soit local, soit général. R. FAURE-MILLER.

Traitement de la fièvre typhoïde par le gaïacol, par HULL (*Therap. Gaz., 15 août 1895*).

Il résulte de ce travail que le gaïacol est un bon médicament dans la fièvre typhoïde, agissant surtout comme antiseptique intestinal. En application externe, il réduit la température et n'entraîne aucune complication.

R. FAURE-MILLER.

Action des bains chauds sur la température et sur l'échange d'azote chez des individus sains, avec ou sans administration d'antipyrétiques, par P. LIVIERATO (*Arch. ital. do biol., XXIII, p. 286*).

Le bain chaud peut élever la température d'un individu sain, de 2° à 3°,5. L'élévation est rapide et dure 2 à 5 heures. L'azote urinaire augmente simultanément de 3 à 8 grammes dans les 24 heures. Avec des antipyrétiques le bain a une action hyperthermique moindre, et elle est plus lente; l'azote n'est pas modifié. L'accroissement thermique est dû surtout à l'augmentation de production. DASTRE.

HYGIÈNE.

Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène publique de France....., tome XXIII (*Paris, 1895*).

A) *Hygiène alimentaire :* 1° *Glace.* Le comité préoccupé, comme le Conseil de salubrité de la Seine de l'impureté (*R. S. M.*, XLIII, 513) de la glace naturelle consommée à Paris, est d'avis d'interdire la mise en vente, pour les usages alimentaires, de la glace qui, par fusion, ne donnerait pas une eau présentant, à l'examen chimique ou bactériologique, les caractères de bonnes eaux potables, et d'imposer aux débitants de conserver dans des locaux distincts la glace industrielle et la glace alimentaire.

2° *Vins.* Le comité est contraire à l'emploi des fluorures et de l'acide fluorhydrique dans la vinification; ces agents antiseptiques, sous prétexte de régulariser la fermentation et de détruire les ferments délétères, serviraient surtout à fabriquer des vins artificiels.

3° *Mesures de capacité* et poterie d'étain. Est accueillie favorablement l'idée de substituer le nickel au plomb dans les alliages d'étain destinés aux mesures de capacité, robinets et récipients pour aliments.

B) *Eaux minérales.* Décret du 16 septembre 1893 sur l'inspection des fabriques d'*eaux minérales artificielles* et d'eaux gazeuses et des dépôts d'*eaux minérales naturelles* dans le département de la Seine. Liste des

eaux minérales françaises et étrangères (Niederbronn), autorisées en 1893. Avis favorable à la déclaration d'intérêt public de la source chaude, *Hammam-Salaïn*, à Biskra (Algérie). Projet de transfert du service thermal hospitalier de Bourbon-Lancy. Etude de Jacquot et Willm sur les eaux de Berthemont-Roquebillère (Alpes-Maritimes), Montbrun (Drôme) et Montmirail (Vaucluse).

C) *Hygiène municipale : Eaux potables.* En 1893, 148 projets d'adduction ont été étudiés par le comité; ce volume renferme entre autres les rapports sur les projets de Beauvais, Dijon, Fontainebleau et Tulle; de leur côté, au laboratoire du comité, Pouchet et Bonjean ont pratiqué 183 analyses d'eaux dont les résultats sont présentés en tableaux synoptiques.

2° *Égoûts.* Nouveau rapport sur le système de Liernur adopté pour assainir Trouville (*R. S. M.*, XLV, 110).

3° *Cimetières.* Rapports de du Mesnil et Jacquot sur l'installation du nouveau cimetière de Limeil-Brevannes (Seine-et-Oise) et de Brouardel et du Mesnil sur l'agrandissement de celui de Saint-Rambert (Loire).

4° *Écoles.* Deux rapports de Napias sont consacrés à l'organisation de l'inspection médicale des écoles, à la salubrité de leurs constructions et à la prophylaxie des maladies contagieuses parmi les élèves.

D) *Épidémies : 1° Fièvre typhoïde.* Colin et Ogier ont été chargés d'une enquête sur l'épidémie survenue dans la garnison de Caen en 1892, et Netter, sur l'épidémie de Saint-Chéron (Seine-et-Oise).

2° Nombreux rapports sur les différentes régions de France où le *typhus* a sévi en 1893.

3° Rapport de Cassoute sur le choléra à Barrème (Basses-Alpes) (*R. S. M.*, XLIV, 511).

E) *Prophylaxie.* Deux rapports de Proust et un de Martin, qui ont été sanctionnés par un arrêté ministériel du 23 novembre 1893, ont établi le mode de déclaration des cas de maladies épidémiques.

Texte de la *Convention sanitaire internationale de Dresde* du 15 avril 1893, avec ses annexes. Mesures prises en Egypte pour l'application de la *Convention sanitaire internationale de Venise* (30 janvier 1892).

F) *Hygiène professionnelle.* Enquête de Chauveau sur une épidémie de charbon parmi les *brossiers* de Marcq-en-Barœul (Nord) (*R. S. M.*, XLII, 517).

G) *Hygiène industrielle.* Loi du 12 juin 1893 concernant l'hygiène et la sécurité des travailleurs dans les établissements industriels et projet de réglement pour l'application de cette loi.

H) *Exercice de la médecine.* Décret du 25 juillet 1893 sur les conditions d'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste.

I) *Exercice de la pharmacie.* Le comité est d'avis que les tissus et solutions antiseptiques ne doivent être vendus que par les pharmaciens et non par les bandagistes ou marchands d'appareils chirurgicaux.

J) *Hygiène à l'étranger.* La variole en Angleterre, par Monod et le choléra à Constantinople en 1893, par Chantemesse. J. B.

Bericht des Ausschusses..... (C.-R. de la 19e réunion de la Soc. allemande d'hygiène publique) (*Deutsche Viertelj. f. öff. Gesundh.*, *XXVII*, *p. 1 à 18*).

1° *Traitement des ordures ménagères et autres résidus urbains.* Rap-

porteurs : J.-J. *Reincke* et F. Andreas *Meyer*. La quantité journalière d'immondices urbaines s'élève à un kilogramme par habitant, dont moitié pour les ordures ménagères. L'hygiène n'a rien à objecter à l'utilisation de ces immondices par l'agriculture, à condition, toutefois, qu'elles soient immédiatement enfouies par la charrue, ou sinon recouvertes de terre ou subissent tel traitement qui empêche leur dispersion par le vent et la dissémination de leurs poussières. En revanche, l'hygiène ne saurait approuver qu'on les réunisse en dépôts durables. Il faut, en outre, s'opposer à ce que les chiffonniers en rapportent une partie en ville.

Quand l'agriculture n'est pas en état de profiter de la masse des déchets urbains, quand leur utilisation agricole est trop coûteuse pour les villes, quand, en temps d'épidémie, les agriculteurs se refusent à recevoir les immondices urbaines, il y a lieu de les incinérer. La température de combustion doit atteindre au moins 600 degrés centigrades pour transformer les immondices en une masse dure, vitrifiée et stérile et éviter le dégagement dans l'atmosphère d'oxyde de carbone et de gaz nauséabonds. Ces scories, qui ressemblent beaucoup à la lave volcanique, constituent avec les cendres, le tiers en poids et le quart en volume des matières soumises à la combustion, elles sont de très bons matériaux de construction pour les chaussées et peuvent être transformées en béton ou en mortier. L'incinération ne doit pas être précédée d'un triage des immondices, pour recueillir les objets utilisables; on ne soustraira à la combustion que ce qui est absolument impropre à être brûlé sans troubler l'opération. Les fours à immondices servent également à détruire tout ce qui ne mérite pas désinfection et ils peuvent fournir de la vapeur qui trouve maintes applications (étuve à désinfection en particulier). Depuis 1876, où le premier four a été installé en Angleterre, 69 villes anglaises, petites ou grandes comprenant 9 millions d'habitants, se sont décidées, devant les difficultés constantes à se débarrasser de leurs résidus, à les comburer. Sur le continent européen on en est encore à la période des expériences; c'est Bruxelles qui a commencé (*R. S. M.*, XLV, 127); actuellement Berlin et Hambourg suivent son exemple. La capitale prussienne a voté 1,250,000 fr. à cet effet, tandis que Hambourg, pour qui l'épidémie cholérique a été une sérieuse leçon de choses, a dépensé déjà 600,000 francs pour construire un four affecté à la destruction de ses ordures ménagères. Les meilleurs appareils sont ceux d'Horsfall qui fonctionne à Leeds depuis 1889, de Whiley et de Warner.

2° *Canalisations d'amenée et d'évacuation des eaux dans les habitations.* Le rapport de H.-Alfr. *Rœchling* est un exposé technique, concis mais assez complet, des installations sanitaires dans les habitations anglaises déversant tout à l'égout. En 15 ans, les autorités locales se sont endettées de 2 milliards 600 millions pour travaux de salubrité et d'hygiène publiques. En Angleterre, la consommation totale d'eau par habitant et par jour oscille entre 90 et 140 litres. Des expériences récentes de l'Institut sanitaire, entreprises à la demande du conseil de Comté londonien, ont prouvé que la quantité d'eau de chasse nécessaire pour entraîner convenablement les matières d'une cuvette d'aisance était de 14 litres et non de 9 comme on l'admettait.

Rœchling conclut que les municipalités ont fait de trop grands sacrifices afin d'avoir de la bonne eau potable et des égouts étanches, pour

pouvoir se désintéresser de ce qu'il en advient dans les maisons particulières. La surveillance des installations domestiques doit être rigoureuse et continuelle par des inspecteurs et complétée par les mesures suivantes : Bureau de contrôle pour l'essai des appareils sanitaires. Délivrance aux propriétaires, après examen de leurs maisons, de certificats, périodiquement renouvelables, devant être présentés aux locataires. Enseignement du génie sanitaire dans les écoles techniques supérieures. Cours théoriques et pratiques avec examen et diplôme pour les fabricants d'appareils et les entrepreneurs de canalisations. Musées publics montrant des types d'installations salubres et insalubres avec conférences populaires pour éveiller l'intérêt sur ces questions.

Le travail de Rœchling, qui reflète fidèlement les opinions d'Outre-Manche, ne pouvait manquer de susciter certaines divergences, dont les essentielles tiennent à l'idée différente qu'on se fait du rôle pathogène des émanations d'égout. Les analyses faites dernièrement à l'instigation du conseil de Comté de Londres, ayant montré que les microbes des égouts proviennent exclusivement de l'atmosphère extérieure, les Anglais admettent maintenant que le facteur morbide des gaz d'égouts est un poison volatil et continuent à préconiser un ensemble de dispositions qui ont pour but de s'opposer à tout reflux gazeux des égouts des rues dans les canalisations domestiques. Les Allemands, sceptiques sous ce rapport, ne voient aucun inconvénient à maintenir en communication facile les canalisations de la rue et de la maison. Ils ne redoutent pas d'approvisionner d'eau les cabinets d'aisance, directement sur la conduite d'eau potable, persuadés qu'il ne peut rien refluer dans cette dernière dont l'eau est sous pression et qu'ensuite le robinet de tirage est fermé. Ils ne placent pas non plus de siphon sur le branchement à l'égout public, dans la crainte qu'il ne soit cause d'obstructions et d'accumulations gazeuses et dans l'idée de faciliter la ventilation, en ne s'opposant pas au mouvement ascensionnel de l'air à travers la canalisation des maisons. Enfin, pour les mêmes motifs, ils se gardent bien d'isoler, à l'aide d'intercepteurs hydrauliques, les différents tuyaux de décharge de la pluie, des éviers de cuisine, etc., désireux de réunir la plus grande quantité d'eau possible pour le nettoyage fréquent et énergique de l'ensemble de ces conduites. Ils font d'ailleurs remarquer que les habitations elles-mêmes sont un lieu de production des gaz d'égout et qu'il ne peut y avoir que profit à assurer l'aération continue des deux systèmes de canalisation privée et publique.

D'autre part, ils ne croient guère à l'efficacité du bureau d'essai des appareils et de l'examen professionnel auquel on soumet les entrepreneurs d'installations sanitaires; un diplôme offre peu de garanties pour la bonne façon des travaux ; la valeur des hommes du métier dépend surtout de leur bonne foi, de leur conscience, c'est-à-dire de qualités de caractère qu'un examen ne peut apprécier.

3° *Urgence de prévenir, au fur et à mesure de l'agrandissement des villes, l'entassement des habitants dans des maisons-casernes à étages multiples.* Rapporteurs : *Adickes, Hinckeldeyn* et *Classen.* Cette question avait déjà été abordée l'an dernier (*R. S. M.*, XLIV, 487). Le contraste est, en effet, frappant entre l'état des choses en Angleterre et en Allemagne, ainsi qu'en témoigne un intéressant tableau indiquant la densité de population par maison dans les 58 villes anglaises et les 46 allemandes

comptant au moins 50,000 habitants. En Angleterre, malgré l'accroissement de la population, le chiffre des habitants par maison a diminué ; pour Londres, de 7,9, en 1881, il s'est réduit à 7,6 en 1891. Dans les autres villes, il est tombé, dans le même espace de temps, de 5,4, à 5,2 pour celles qui ont plus de 100,000 habitants et à 5,6 de 5,5 pour celles dont la population est inférieure. Deux villes seulement, Devonport et Plymouth, offrent plus de 8 habitants par maison. Au contraire, des villes allemandes dépassant 50,000 habitants, il n'y a que Brême (7,6) et Lubeck (8,7) qui puissent être rapprochées des villes d'Angleterre. Berlin, qui présentait 44 habitants, 9 par maison en 1880, en présente 52,6 en 1890. La moyenne des autres villes d'Allemagne est de 19,5. Ces chiffres représentent d'ailleurs des moyennes qui seront rapidement dépassées, si le nombre des maisons-casernes prédomine de plus en plus sur les vieilles petites maisons contenant peu d'habitants.

4° *Mesures défensives contre le choléra.* Rapporteurs : Von *Kerchensteiner* et *Gaffky*. Ici, le fait intéressant à relever est le rapprochement qui s'est effectué entre les deux écoles étiologiques adverses d'Allemagne. Les rapporteurs, dont l'un appartenait à l'Allemagne du Sud, l'autre à celle du Nord, se sont mis d'accord pour présenter des propositions communes qui font une part, et aux prédispositions de temps, de lieux et de personnes, soutenues par Pettenkofer, et au facteur pathogène immédiat, le microbe cholérique. Koch est d'ailleurs venu en personne ratifier cet accord. Il en a pris occasion pour déclarer que les conventions internationales de Dresde et de Paris lui paraissaient beaucoup moins importantes qu'aux rapporteurs, du moment que chaque Etat est devenu, grâce à la connaissance précise des causes du fléau, capable de se défendre victorieusement sur son propre territoire, ainsi que l'Allemagne le fait depuis trois ans. Au surplus, la convention de Paris a concentré ses efforts du côté de la mer Rouge et du golfe Persique; or, à une seule exception près, toutes les épidémies de choléra qui ont envahi l'Europe, y compris la dernière, sont venues par l'Asie centrale.

Von Kerchensteiner a maintenu la valeur de l'œuvre des conventions internationales dont le but est d'exercer une sorte de contrainte précisément sur les Etats qui ne semblent pas encore persuadés de l'efficacité des mesures prophylactiques modernes; les conventions les rappellent à leurs devoirs. J. B.

Die während des Herbstes 1894 in den Gewässern Giessens gefundenen Vibrionen, par KUTSCHER (*Zeitschr. f. Hyg. u. Infekt., XIX, et Hyg. Rundsch., V, n° 13, p. 598, 1er juillet 1895*).

Du 2 septembre au 5 novembre 1894, Kutscher s'est livré à de nombreux examens de l'eau de la Lahn à Giessen pour rechercher si elle renfermait des germes cholériques provenant de l'épidémie survenue le 28 août à Bürgeln (*R. S. M.*, XLVI, 171), village situé en amont, sur un affluent. Il n'a pas trouvé le véritable bacille de Koch, mais rencontré une fois celui de Metchnikoff et a isolé 19 vibrions dont un certain nombre pouvaient être distingués du vibrion cholérique par leur morphologie et les cultures sur plaques de gélatine.

En revanche, 9 vibrions constatés à partir du 27 septembre offraient,

sous les rapports morphologique, cultural, biologique et pathogénique, une ressemblance très grande avec le vibrion de Koch. Ce sont cependant des espèces indépendantes et non de simples modifications des vibrions de Bürgeln, bien qu'on sût pertinemment que des déjections cholériques avaient été déversées dans cette localité. Mais ces mêmes vibrions suspects ont été retrouvés dans un autre affluent de la Lahn, indemne de toute souillure de Bürgeln et de plus, tout le bassin de la Lahn, en aval, est resté indemne de choléra.

D'ailleurs, Kutscher a pu se rendre compte de leur provenance, guidé par la circonstance qu'ils étaient beaucoup plus nombreux au-dessous du débouché des égouts de Giessen. Il a reconnu, en effet, l'existence de ces vibrions dans le purin d'une ferme aboutissant à la Lahn, ainsi que dans les excréments de porc qui constituaient un des éléments de ce purin. J. B.

De la stérilisation des eaux par l'ozone, par E. van ERMENGEN (*Ann. de l'Institut Pasteur, n° 9, p. 673, septembre 1895*).

Voici le résultat du système d'épuration et de stérilisation par l'ozone, appliqué à Oudshoorn sur l'eau du Vieux-Rhin à l'aide d'un procédé imaginé par Schneller permettant l'emploi de courants de haut voltage (50,000-100,000 volts) ce qui permet d'obtenir les quantités d'ozone élevées et en concentration suffisante. Les propriétés organoleptiques de ces eaux deviennent parfaites après ce traitement. L'action épuratrice de l'ozone, qui se traduit par une réduction notable des substances réduisant le permanganate en solution acide, est considérable sur les toxines et les produits divers de la vie microbienne. Une eau, souillée par des infiltrations de fosses d'aisances, des produits de putréfaction, peut être rendue inoffensive par une ozonisation convenable.

Les eaux ouvertes, même lorsqu'elles contiennent des microbes nombreux et des espèces très résistantes, sont sûrement stérilisées à condition que leur titre de permanganate ne dépasse pas certaines limites. Le degré de concentration de l'ozone et la durée du contact de l'air ozonisé nécessaires pour obtenir une stérilisation certaine, varient d'après les diverses eaux et d'après leur état de souillure.

Il n'est pas douteux qu'on puisse obtenir, au moyen de ce système, des volumes considérables d'eau parfaitement stérilisée. Les observations de l'auteur permettent d'affirmer que la stérilisation est opérée d'une manière régulière et constante pendant une période de temps illimitée. PAUL TISSIER.

Ueber einige Arten von Wasserbakterien die auf der Gelatineplatte typhusähnliches Wachsthum zeigen, par A. DEL RIO (*Arch. f. Hyg., XXII, et Hyg. Rundsch., V, n° 8, p. 357*).

Dans les eaux de la Sprée et de l'Havel, del Rio a trouvé à plusieurs reprises 3 microbes dont les colonies sur plaques de gélatine ressemblent fort à celles du bacille du côlon ou du bacille typhoïdique.

Le 1er de ces microbes est un bacille court, immobile, ne se colorant pas par le traitement de Gram, se développant dans le bouillon et sur l'agar, vigoureusement à la température de la chambre et très faiblement, en revanche, à 37°. Sur pommes de terre, il forme lentement, à la

température de la chambre, un enduit sale, gris blanchâtre. Dans les ballons à fermentation, à la température de la chambre comme à celle de l'étuve, il ne croît que peu sans produire de gaz; enfin, il ne coagule pas le lait.

Le 2e de ces microbes est un bacille grêle très mobile, muni d'un cil terminal, et ne se teignant pas par le procédé de Gram. Il croît luxurieusement en bouillon et sur agar à la température de la chambre mais non point à celle de 37°. Les pommes de terre inoculées se revêtent rapidement d'un épais gazon jaune rougeâtre. Dans les ballons à fermentation, il trouble fortement, à la température de la chambre, le bouillon glucosé sans donner naissance à du gaz. La température de 37° est impropre à son développement et il ne coagule pas le lait.

Quant au 3e microbe, c'est un coque disposé parfois en chaînes et ne se laissant pas colorer par le procédé de Gram. En bouillon, il se développe chétivement, à la température de la chambre comme à celle de l'étuve, tandis qu'il croît énergiquement sur l'agar nutritive. Sur pommes de terre, il forme promptement un enduit sale, peu brillant, blanc jaunâtre. Dans les ballons à fermentation, il se décolore mal et sans produire de gaz; il ne coagule pas le lait. J. B.

Ueber das Verhalten des Typhusbacillus und des Bacillus coli comunis im Trinkwasser, par Percy FRANKLAND (*Zeitschr. f. Hyg., u. Infekt., XIX*).

P. Frankland a recherché la durée de vie du bacille d'Eberth et du bacille banal du côlon dans 3 espèces d'eaux: 1° Tamise, eau trouble, très polluée et calcaire; 2° lac Katrine, eau très pauvre en chaux et assez pure; 3° puits profonds de la craie, eau très calcaire et pauvre en substances organiques. Il a expérimenté sur ces eaux, tantôt laissées dans leur état naturel, tantôt stérilisées par la vapeur, tantôt enfin filtrées par les bougies de porcelaine ou de terre d'infusoires.

Les bacilles typhoïdiques sont restés vivants 33 jours dans l'eau de puits, 19 dans celle du lac et 9 dans celle de la Tamise, les unes et les autres à l'état naturel. Des mêmes eaux, stérilisées par la vapeur, c'est celle de puits au contraire qui s'est montrée la moins favorable à ces bacilles. Frankland en infère que dans l'eau stérilisée, la survie des bacilles dépend essentiellement de la teneur en matières organiques, tandis que dans l'eau non stérilisée, le facteur principal est non la lutte pour la vie avec les microorganismes habituels des eaux mais plutôt la présence des produits sécrétés par ces derniers.

Dans l'eau stérilisée par les filtres, bacilles typhoïdique et colique succombent rapidement.

L'adjonction de 0,1 à 3 0/0 de sel à l'eau de Tamise favorise la pullulation des microbes aquatiques et hâte la mort du bacille d'Eberth. J. B.

Bakteriologische Luftuntersuchungen..... (Recherches bactériologiques sur l'air des salles d'écoles), par RUETE et HENOCH (*Münch. med. Woch., nos 21 et 22, p. 492 et 517, 1895*).

Le maximum de germes trouvés par centimètre cube a été de 3,000,000, le minimum de 1,500, soit en moyenne 268,000. Parmi les

microbes cultivés ils ont rencontré un bâtonnet pathogène : c'est un bacille long, gros, à contours nets, croissant sous forme de filaments, se colorant bien, non mobile, non sporulé, non colorable par le procédé de Gram. Il pousse sur agar en dépôt blanc laiteux le long du trait ; dans le bouillon il ne forme pas de membrane, ne pousse pas dans le sérum, ni le lait ; sur gélatine croissance anaérobie, sans liquéfaction ; il tue la souris, le lapin, le cobaye sans lésions et sa toxine les tue également. C. LUZET.

I. — Die Methode von Petterson und Palmquist zur Bestimmung der Kohlensäure in der Luft, par Max TEICH (*Arch. f. Hyg.*, *XIX*, *et Hyg. Rundsch.*, *V*, *n° 9*, *p. 402*).

II. — Résistance des diverses flammes à l'extinction dans les atmosphères chargées d'acide carbonique, par F. CLOWES (*Hyg. Rundsch.*, *V*, *n° 7*, *p. 327*).

III. — Ueber den Nachweiss des Wasserstoffhyperoxyds in der atmosphärischen Luft und den atmosphärischen Niederschlägen, par Em. SCHÖNE (*Zeitschr. für anal. Chem.*, *XXXIII*, *et Hyg. Rundsch.*, *V*, *n° 3*, *p. 111*).

IV. — Hygrometer von Mumienhaaren und von Kokonfäden, par A. WOLPERT (*Hyg. Rundsch.*, *V*, *n° 9*, *p. 397*).

V. — Ueber die Giftwirkung der Ausäthmungsluft, par A. LUBBERT et R. PETERS (*Pharm. Centralhalle*, *XXXV*, *et Hyg. Rundsch.*, *IV*, *n° 24*, *p. 1118*).

I. — Teich a reconnu la commodité, la rapidité en même temps que l'exactitude de la méthode imaginée par Petterson (*Zeitschrf. f. anal. Chemie*, XXV) et Palmquist (*Ber. der deutschen Chem. Gesellsch.*, XX) pour permettre aux hygiénistes de doser l'acide carbonique dans l'air ; un quart d'heure suffit à l'opération.

II. — Les flammes de bougie, de paraffine, d'huile et d'alcool s'éteignent quand l'atmosphère contient de 13 à 16 0/0 d'acide carbonique ; la flamme du gaz ne s'éteint que lorsque la proportion d'acide carbonique s'élève à 33 0/0 et celle d'hydrogène, seulement à 58 0/0. Cette propriété de la flamme d'hydrogène pourrait être utilisée dans les lampes de sûreté des mineurs, conjointement avec la lampe à huile. En effet, l'extinction de celle-ci ayant averti le mineur du danger, il revient dans une atmosphère plus pure où la flamme d'hydrogène, qui n'a cessé de brûler, rallume la lampe à huile.

Clowes assure qu'on peut encore respirer sans péril une atmosphère imprégnée au quart d'acide carbonique, mais il trouve un contradicteur énergique dans Haldane, qui a observé des symptômes d'intoxication après un séjour d'une minute dans un air contenant seulement de 10 à 20 0/0 d'acide carbonique.

III. — D'après L. Ilosvay de N. Islova (*Bull. Soc. chimiq. Paris*), ni l'air ni les précipités atmosphériques ne renferment d'ozone ni de peroxyde d'hydrogène ; les réactions qui ont fait admettre leur présence sont dues à l'acide nitreux qui existe dans l'atmosphère.

Schöne critique les réactifs employés par Islova. La réaction de Griess (naphthylamine et acide sulfonilique), si sensible pour décéler l'acide nitreux, n'a aucune valeur pour le peroxyde d'hydrogène. Le papier de thallium ne peut servir ni à reconnaître l'ozone en présence de peroxyde d'hydrogène, ni à distinguer l'un de l'autre ces deux corps. Pour le per-

oxyde d'hydrogène, un excellent réactif est l'amidon ioduré combiné avec le sulfate de fer ; sa limite de sensibilité est cinq centièmes de milligramme par litre. Une première condition de réussite est que la solution ne soit pas acide; ensuite, la réaction est entravée par beaucoup de substances organiques végétales et animales ; en outre, il ne faut pas une proportion trop forte de sulfate de fer : on ajoutera une ou plusieurs gouttes d'une liqueur contenant au maximum 0,5 0/0 du sel de fer à 25 ou 30 centimètres cubes de la solution qu'on veut examiner. Enfin, la liqueur d'amidon doit elle-même être étendue : on versera sur 1 gramme de bon amidon en grains 20 ou 25 centimètres cubes d'eau distillée, on agitera le mélange, on le laissera déposer, puis on ne jettera que la partie en suspension dans 400 ou 500 centimètres cubes d'eau chauffée jusqu'à ébullition; on additionnera cette liqueur d'amidon de 16 ou 20 centimètres cubes d'une solution d'iodure de potassium à 5 0/0. Deux ou trois centimètres cubes de ce réactif suffisent pour donner la réaction du peroxyde d'hydrogène, qui n'est entravée ni par le nitrite d'ammoniaque, ni par l'acide carbonique libre.

Pour déceler le peroxyde d'hydrogène dans les précipités atmosphériques, on possède un réactif également précieux dans un mélange d'une solution alcoolique de résine de gaïac et d'extrait de malt. Il ne faut se servir que de morceaux de résine qui n'ont pas été au contact de l'air et de la lumière ; on en dissout 2 grammes dans 100 centimètres cubes d'alcool à 96 0/0 ; après avoir agité fortement, on en verse goutte à goutte 1 centimètre cube dans 100 centimètres cubes du liquide à examiner. Il ne faut pas non plus que l'alcool ait subi l'action du soleil et de l'air, car alors il présente la réaction du peroxyde d'hydrogène. Les eaux météoriques qu'on veut examiner doivent être recueillies dans des récipients en verre ou porcelaine, à l'exclusion de ceux en métal.

S'appuyant sur ses nouvelles observations, Schöne maintient que le peroxyde d'hydrogène constitue un élément normal de l'air, dont les proportions, d'ailleurs très faibles, oscillent entre de très larges limites, selon la saison, le moment de la journée, l'état du temps et, vraisemblablement aussi, suivant la situation géographique du lieu.

IV. — Wolpert a étudié les modifications physiques subies dans le cours des temps par des cheveux de femme provenant d'une momie indienne remontant à plus de 400 ans. A l'œil nu ainsi qu'à la loupe, leur aspect et leur épaisseur ne se distinguaient en rien d'autres cheveux féminins, mais sous le microscope on n'y distinguait aucune substance médullaire; pour la déceler, il fallut traiter ces cheveux par la soude caustique, qui a permis de constater que cette moelle capillaire était considérablement réduite de volume. Ces cheveux de momie, tout en ayant perdu de leur élasticité, formaient un excellent hygromètre donnant des indications aussi exactes que l'hygromètre à cheveu classique. M.-A. Pictet avait déjà fait la même remarque sur un cheveu de momie gouanche datant de 2,000 ans. L'intérêt scientifique et pratique de cette observation réside dans le fait que l'élasticité du cheveu ne donne nullement la mesure de son aptitude à servir d'hygromètre.

V. — Lübbert et Peters concluent de leurs expériences que l'air expiré ne renferme pas de poison spécial; sa nocuité (expériences sur cobayes) tient uniquement à l'accumulation d'acide carbonique. J. B.

Studien über das südamerikanische Fleischextract und Fleischpepton, par E. KEMMERICH (*Zeitschr. f. physiol. Chem., XVIII*).

Kemmerich (*Centrallbl. f. die med. Wiss.*, 1893, n° 12) a signalé la présence dans l'extrait de viande de Liebig, d'une proportion de 1 à 1,5 0/0 de glycogène, preuve que la viande est travaillée à l'état frais, car, sans cela, le glycogène serait transformé en glucose.

Les nouvelles recherches de Kemmerich tendent à réhabiliter le bouillon et l'extrait de viande au point de vue de leur valeur nutritive et à donner raison à l'instinct populaire qui prépare pour les convalescents des « consommés » de poulet et de bœuf. Au lieu que les extraits de viande soient, comme on l'admettait, composés essentiellement de sels et de matières extractives, la masse principale de leurs éléments organiques serait, d'après les analyses de Kemmerich, formée par des albumoses, de la peptone, de la gélatine et d'autres albuminoïdes encore mal connus. L'extrait de viande de Liebig renferme 33,26 0/0 de substances albuminoïdes, 22,34 0/0 de cendres (phosphates potassique et terreux, chlorures de potassium et de sodium) ; 22,04 de matières extractives ; 14,65 0/0 d'eau ; 4,33 de créatinine ; 1,22 de glycogène ; 1 de graisse et de 0,25 à 1 0/0 de carnine. Les substances albuminoïdes se décomposent en : 12,31 0/0 de peptone ; 9,89 d'albumose précipitable par le sulfate d'ammoniaque ; 4,87 d'autres albuminoïdes solubles, précipitables par l'alcool à 80° et 6,19 de gélatine. En somme, les substances albuminoïdes constituent un peu plus de la moitié des substances organiques (63 0/0) de l'extrait de Liebig.

Kemmerich confirme les recherches de Johnson que, dans la viande fraîche et l'extrait de viande frais, on ne trouve que de la créatinine, tandis que la créatine ne se développe qu'après la mort des animaux abattus, vraisemblablement sous l'action de microbes.

Dans la peptone de viande de Kemmerich, on retrouve, à l'exception du glycogène, les mêmes substances, mais dans des proportions très différentes ; les sels et les matières extractives aromatiques y entrent pour moitié moins, tandis que les substances albuminoïdes y sont presque deux fois aussi abondantes (57,91 0/0) que dans l'extrait de viande. Il en résulte que les peptones de viande sont plus nourrissantes et l'extrait de Liebig plus stimulant pour l'appétit. La teneur totale en azote de l'extrait s'élève à 8,13 0/0. J. B.

Les papiers de pliage au point de vue de l'hygiène, par H. BLAISE (*Revue d'hyg., XVII, 499, juin 1895*).

Trop souvent les débitants de substances alimentaires enveloppent leurs marchandises, crues ou cuites, dans des vieux papiers (journaux, cahiers d'écoliers, etc.), qui peuvent avoir passé entre les mains de personnes atteintes de maladies contagieuses, ou séjourné dans des endroits contaminés. On doit donc les considérer comme des agents possibles de propagation des maladies épidémiques. C'est pour cette raison que la municipalité de Montpellier vient (31 janvier 1895), de réglementer l'usage des papiers de pliage. Les papiers peints et les papiers maculés ne devront, dans aucun cas, servir à envelopper des denrées alimentaires.

Les papiers imprimés ou manuscrits, ne seront tolérés que pour le pliage des légumes secs, à la condition de ne pas être maculés. Les matières alimentaires humides ne pourront être enveloppées que dans du papier neuf, de couleur blanche ou paille. J. B.

I. — Ueber die baktericide Wirkung der Euphorine (Phenylurethan), par COLASANTI (*Therap. Woch., II, et Hyg. Rundsch., V, n° 6, p. 288*).

II. — Untersuchungen über das Löslichmachen von roher Karbolsäure im Wasser....., par J. BIEL (*Berichte der d. pharm. Gesellsch., 1894*).

III. — Ueber Desinfektion mit Sapokresol, par K. WOLF (*Arch. f. Hyg., XX*).

IV. — Ueber den Desinfekfionswerth des Trikresols, par H. HAMMERL (*Ibid., XXI*).

V. — Ueber den Desinfektionswerth des Ätylendiaminsilberphosphats....., par J. SCHÄFFER (*Zeitschr. f. Hyg. und Infekt., XVI*).

VI. — Weitere Untersuchungen über Desinfektionsfähigkeit von Seifenlösungen, par Max et Adolf JOLLES (*Ibid., XIX*).

VII. — Expériences de désinfection en grand par les vapeurs d'aldéhyde formique ou formol, par TRILLAT (*Revue d'hyg., XVII, n° 8, p. 714*).

I. — L'euphorine ou phényluréthane est un bon antiseptique, notamment à l'égard de l'oïdium albicans. Son action tient vraisemblablement, ainsi que l'a montré Giacosa, à ce que le phényluréthane, dans sa décomposition amenée par les processus biochimiques des microbes ou de leurs produits, donne lieu à une formation lente et continue de phénol. Dans les cultures en bouillon, cette décomposition est plus rapide ; ainsi, avec une solution au centième, le bacille cholérique est sûrement tué en 5 à 8 minutes, celui de Finkler et de Prior au bout de 15 à 30 minutes, la spirille du fromage en 25 ou 30 minutes, la levure rose et l'oïdium albicans au bout de 5 à 15 et le staphylocoque doré en 30 ou 45 minutes. En culture sur gélatine, l'oïdium albicans succombe au bout de 15 à 30 minutes, le staphylocoque doré, au bout de 45 à 60, le bacille typhoïdique, beaucoup plus résistant, ne meurt qu'au bout de 7 à 9 heures, et le microbe du lait bleu, au bout de 36 ou 48 heures. Les bacilles charbonneux desséchés et leurs spores demeurent intacts après 60 jours de séjour dans la solution alcoolique à 1 0/0 d'euphorine et n'ont rien perdu de leur virulence, tandis que dans le bouillon ils périssent après 50 ou 60 minutes de contact avec l'euphorine.

II. — Contrairement à ce que croit C. Fraenkel, les mélanges avec l'acide sulfurique, soit de phénol, soit de crésol, se comportent identiquement de même, le crésol se combinant parfaitement avec l'acide sulfurique pour former de l'acide sulfocrésylique. Le dosage de l'acide sulfocrésylique, à l'aide de carbonate de baryte précipité, est un bon moyen d'évaluer la valeur désinfectante de ces mélanges.

Les proportions indiquées de 3 parties en poids de phénol brut à 50 0/0 pour une partie en poids d'acide sulfurique concentré constituent un mauvais mélange dont 92 0/0 sont perdus comme désinfectant, en formant un résidu goudronneux. Au fur et à mesure qu'on augmente la proportion de l'acide sulfurique, la solubilité du mélange devient meilleure. Biel conseille de préparer, suivant les préceptes de Fraenkel, un mélange

à volumes égaux d'acide phénique brut à 50 0/0 et d'acide sulfurique, en refroidissant ce mélange et le laissant reposer 3 jours; on obtient ainsi une excellente préparation renfermant 36 0/0 d'acide sulfocrésylique. En le chauffant, selon Laplace, on accroîtrait encore sa richesse; mais les expériences de Fraenkel ont irréfutablement établi que, comme le phénol, le crésol fournit un désinfectant beaucoup plus énergique par refroidissement du mélange.

III. — Le sapocrésol offre les mêmes avantages que le lysol et la créoline, tout en étant moins coûteux.

IV. — Hammerl conclut de ses expériences que les solutions de tricrésol, ayant même titre que celles d'acide phénique, ont un pouvoir microbicide double et que leur innocuité relative mérite leur introduction dans la pratique chirurgicale, sous forme de liqueur à 1/2 ou 1 0/0.

V. — Le phosphate d'argent et d'éthylènediamine est un liquide clair, incolore, dont la réaction plus ou moins alcaline dépend de sa teneur en éthylènediamine. Il pénètre beaucoup plus profondément dans les tissus organiques qu'une solution de nitrate d'argent de même titre et, loin de coaguler l'albumine dans les liquides, il dissout les globules de pus, les hématies et la fibrine. Eu égard à sa haute valeur antiseptique, sa toxicité est faible. Contre toute une série de microbes pathogènes ou non, la solution du phosphate d'argent et d'éthylènediamine est plus efficace qu'une solution de nitrate d'argent de même concentration; celle-ci ne lui est supérieure que contre les spores de charbon. Les expériences de Schæffer sur les cultures de gonocoques l'induisent à recommander ce nouveau sel d'argent dans le traitement de la blennorragie.

Schæffer a constaté également que l'addition d'éthylènediamine accroît considérablement la puissance microbicide du crésol.

VI. — Expériences faites avec un savon renfermant 67,44 0/0 d'acides gras, 10,40 0/0 d'alcalis combinés et 0,041 0/0 d'alcali libre, dont on préparait des solutions de 1 à 10 0/0. Une solution au centième, à la température de 4 à 8° centigr., tue en 12 heures tous les bacilles typhoïdiques; les propriétés microbicides de cette liqueur savonneuse augmentent avec sa concentration; une solution à 6 0/0 fait périr en 15 minutes tous les germes typhoïdiques. En revanche, le chauffage des liqueurs savonneuses, de 18 à 30°, diminue leur énergie et, dans ce cas, la liqueur au centième ne tue plus qu'au bout de 24 heures les bacilles typhoïdiques, tandis que les liqueurs à 7 0/0 ou plus concentrées, au lieu de manifester immédiatement leur pouvoir microbicide, ne le font qu'au bout de 15 à 30 minutes.

Le bacille banal du côlon se montre plus résistant aux liqueurs savonneuses.

Pour se rapprocher des conditions de la désinfection pratique, M. et A. Jolles ont imprégné de bacilles d'Eberth des morceaux de toile et, après les avoir fait sécher incomplètement à l'étuve, les ont plongés pendant plus ou moins de temps dans des liqueurs savonneuses de concentration variée et à la température de 20°. Les cultures entreprises consécutivement leur ont montré que, dans la liqueur au centième, tous les bacilles ont péri au bout de 2 heures.

Joignant le résultat de ces expériences à leurs expériences antérieures sur le bacille cholérique (*R. S. M.*, XLIV, 86), M. et A. Jolles concluent

que les solutions de savon jouissent d'une remarquable puissance désinfectante à l'égard des microbes pathogènes les plus courants et que leur emploi est tout spécialement indiqué pour assainir le linge contaminé par les déjections de typhoïdiques et de cholériques; elles ont, en effet, sur d'autres désinfectants, l'avantage de n'avoir pas d'odeur et de ne pas endommager le linge.

VII. — Les expériences de Trillat sur le pouvoir désinfectant des vapeurs de formol ont été faites dans des appartements et ont porté principalement sur les bacilles de Lœffler et de Koch (tuberculose) et sur le staphylocoque pyogène. La durée de contact des vapeurs aldéhydiques a varié de 2 à 9 heures. 5 ou 6 0/0 des cultures d'épreuves se sont plus ou moins troublées après 15 jours, mais le résultat des inoculations aux animaux, des bouillons même troubles, fait supposer que les microbes pathogènes étaient tués.

La quantité d'alcool méthylique à oxyder par combustion doit être de 2 à 3 litres par 100 mètres cubes. La désinfection par les vapeurs de formaldéhyde s'exerce mal en présence d'un excès d'humidité et une couche mince de liquide infecté ne peut être stérilisée par ce moyen. J. B.

I. — Depositi mortuari, par L. DE BLASI (*Boll. della Soc. d'Ig., VI*).

II. — Cercueils tachyphages, par Oscar WYSS (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 8, p. 242, 15 avril 1895*).

III. — Désaffectation et déblaiement des cimetières, par O. DU MESNIL (*Annales d'hyg. publ., XXXIII, n° 6, p. 530, juin 1895*).

IV. — Die Feuerbestattung in Hamburg, par Ed. BRACKENHOEFT (*Hyg. Rundsch., V, n° 4, p. 184*).

I. — A l'origine, les promoteurs de la création de dépôts mortuaires ont été inspirés par des préoccupations bien différentes. En France, dès 1785, Thierry en démontrait la nécessité pour éviter dans les logements exigus la promiscuité des morts et des vivants et les chances de contagion. Mais il a fallu près d'un siècle et les efforts persévérants de du Mesnil (*R. S. M.*, XVII, 111) pour la réalisation au moins partielle de cette idée à Paris seulement. En Allemagne, presque à la même époque (1791) Hufeland réclamait des obitoires, afin de prévenir l'inhumation anticipée de personnes en état de mort apparente et bientôt toutes les villes de quelque importance possédaient un établissement de ce genre.

En Italie, les villes suivantes ont des dépôts mortuaires : Rome, Milan, Naples, Venise, Lucques et Palerme. Le règlement italien sur la police mortuaire du 11 janvier 1891 prescrit le transport obligatoire au dépôt mortuaire : 1° des personnes décédées dans des logements exigus et pauvres ; 2° des individus morts victimes d'accidents sur la voie ou dans un lieu publics ; 3° des cadavres d'inconnus qui doivent être exposés en public pour être reconnus. Les parents sont admis à veiller leurs morts. Les corps non veillés doivent être disposés de manière que toute manifestation de survie ne puisse échapper à l'attention du gardien en permanence dans le local. On n'admet pas dans ces dépôts les cadavres des personnes ayant succombé à la variole, à la scarlatine, au typhus, à la

diphtérie ou au choléra, lesquels doivent être transportés à la salle de dépôt du cimetière.

II. — Wyss a été chargé par la direction sanitaire de Zurich d'expériences comparatives sur les cercueils en bois et les cercueils tachyphages, formés de plâtre et d'une carcasse en bois. Il a constaté, comme on l'avait déjà fait à Munich, que, dans les cercueils tachyphages, la destruction des cadavres s'effectue beaucoup plus rapidement que dans ceux en bois ; dans les cercueils en plâtre, les corps diminuent beaucoup plus tôt de poids que dans les cercueils en bois ; d'autre part, les cercueils tachyphages deviennent bien plus lourds que ceux de bois, parce qu'ils absorbent mieux les liquides, ce qui favorise les progrès de la décomposition cadavérique.

Wyss a expérimenté sur des lapins et des cobayes ; Leuch, qui a employé des chats, est arrivé aux mêmes résultats.

Bion craint que les cercueils tachyphages ne soient trop lourds à manier, surtout dans des escaliers étroits.

III. — Le décret du 23 prairial an XII sur les sépultures interdit toute inhumation dans l'enceinte des villes et bourgs et prescrit l'installation, à la distance de 35 à 40 mètres au moins de leur enceinte, de cimetières. Mais, aujourd'hui encore, ces dispositions sont restées inappliquées dans la plupart des communes de France. En 1863, par exemple, dans le seul département du Nord, Pilat a trouvé que, sur 559 communes, 333 continuaient à inhumer leurs morts dans leur enceinte. Aussi voit-on se produire assez fréquemment, depuis quelques années, des demandes de déplacement de cimetières qui, par suite de leur encombrement et de leur situation à l'intérieur des agglomérations humaines, deviennent un sujet de préoccupations pour la santé publique. Le décret de prairial a fixé qu'aussitôt que les nouveaux emplacements seront disposés, les cimetières existants seront fermés et resteront dans l'état où ils se trouveront sans que l'on en puisse faire usage pendant 5 ans. A partir de cette époque, ces anciens cimetières ne peuvent être qu'ensemencés et plantés, sans qu'il puisse y être fait aucune fouille ou fondation.

Bien que le cimetière Notre-Dame à Montluçon soit fermé depuis 14 ans, le Conseil d'hygiène de l'arrondissement craint que l'exhumation des débris contenus dans les fosses ne soit dangereuse, non seulement pour les ouvriers employés, mais aussi pour les habitants. Du Mesnil répond que des faits anciens, comme des expériences récentes, permettent d'écarter ces préoccupations. A Paris, de 1785 à 1787, on a effectué sans le moindre inconvénient le déplacement dn cimetière des Innocents, qui contenait plus de 90,000 corps, à différentes périodes de décomposition ; les travaux, exécutés d'abord uniquement l'hiver et avec toutes précautions, furent achevés pendant l'été et sans prendre aucun soin spécial. Il en a été de même de 1889 à 1891 pour le déblaiement du cimetière du Quartier Léopold, à Bruxelles (*R. S. M.*, XL, 524), fermé depuis 1876. L'analyse chimique des terres de ce vieux cimetière a révélé qu'elles renfermaient beaucoup moins de substances organiques azotées, d'acides nitrique et nitreux que celles d'un champ cultivé du voisinage.

La Commission d'assainissement des cimetières parisiens a exhumé au cimetière d'Ivry, après 2 ou 3 ans seulement d'inhumation, des cada-

vres réduits déjà à l'état de squelettes dépouillés de toutes les parties molles et ne dégageant aucune odeur.

Quant aux microbes pathogènes, Grancher n'a pas réussi à inoculer la tuberculose avec la matière pulmonaire d'un phtisique enterré à Ivry depuis 2 ans. Lors de l'épidémie cholérique de Hambourg, Dunbar a vainement cherché les bacilles en virgule dans les eaux de drainage des cimetières. Pour la diphtérie, Sevestre a cité, d'après Legrand, l'épidémie d'un village normand ayant débuté chez le fils du fossoyeur qui avait aidé son père à exhumer les restes de plusieurs enfants diphtéritiques enterrés depuis 23 ans. Les personnes et les animaux qui se nourrissent de végétaux crûs sur les anciens cimetières d'animaux charbonneux, n'ont jamais offert d'accidents. Le bacille morveux, d'après Nocard, succombe après quelques semaines d'enfouissement. Enfin, en ce qui concerne le tétanos, le sol d'un cimetière présente plutôt moins de danger que n'importe quelle terre cultivée.

IV. — A Hambourg, la crémation des corps est réglementée par un arrêté du 14 novembre 1892. La Société locale de propagande y possède un four gazogène au coke, sous la grille duquel est placé un récipient d'eau. La vapeur qui s'en dégage a pour effets d'abord de protéger la grille et la partie inférieure du four contre une usure trop rapide ; ensuite, en traversant les couches de coke incandescent, la vapeur d'eau se dédouble en oxygène et hydrogène qui assurent une meilleure utilisation du combustible, par transformation de son carbone en oxyde de carbone; enfin, elle produit l'enrichissement du gaz en lui amenant du gaz à l'eau. Les cadavres ne sont introduits qu'après 6 heures d'un chauffage préalable qui porte le four au rouge vif; les corps sont brûlés non par le feu, mais par l'atmosphère surchauffée, dans l'espace de 1 heure 1/4 à 1 heure 1/2. La première incinération exige 10 quintaux de coke, dont la moitié suffit pour les suivantes. Le tarif est de 117 marcs pour les sociétaires et de 167 pour les autres habitants de Hambourg; les cendres sont conservées 20 ans moyennant 50 marcs ; la poste se charge d'ailleurs de les expédier à l'étranger. Jusqu'en juin 1894, le nombre des crémations a été de 80 et le fonctionnement de l'appareil n'a jamais rien laissé à désirer.

J. B.

Névrite du médian chez un vernisseur de meubles, par CÉNAS et DUCHER (*Loire méd.*, *15 mai 1895*).

Il s'agit d'un homme de 43 ans, atteint depuis une dizaine de jours d'une paralysie du médian avec une légère atrophie de l'éminence thénar. Les causes ordinaires de cette paralysie n'existant pas, les auteurs estiment qu'elle est due à une intoxication produite par le méthylène, dont le malade se sert constamment dans sa profession. Cette intoxication résulterait de l'absorption de ce toxique par des crevasses cutanées et par les voies respiratoires.

OZENNE.

The increase of cancer, par W. Roger WILLIAMS (*Liverpool med. chir. Journ.*, *juillet 1895*).

W. signale l'accroissement continu des affections cancéreuses. Le tableau suivant indique la progression d'après les tables du Registrar general.

	Proportion sur la population	Rapport au total des décès
1840	1 sur 5,646	1 sur 129
1850	1 — 3,579	1 — 74
1860	1 — 2,915	1 — 62
1870	1 — 2,361	1 — 54
1880	1 — 1,946	1 — 40
1890	1 — 1,480	1 — 29
1891	1 — 1,445	1 — 29
1892	1 — 1,445	1 — 27
1893	1 — 1,407	1 — 27

Pour cette dernière année le chiffre des morts par cancer est de 21,135 sur une population de 29,731,100 et un total de décès de 509,958. A. C.

I. — Einige Untersuchungen von Staub auf Tuberkelbacillen, par Martin KIRCHNER (*Zeitschr. f. Hyg. und Infekt., XIX*).

II. — Die Prophylaxie der Tuberculose und ihre Resultate. par G. CORNET (*Berlin. klin. Woch., n° 20, p. 430 et 440, 20 mai 1895*).

III. — Instructions du Conseil supérieur d'hygiène de Belgique pour prévenir et combattre la tuberculose (30 mai 1895), par E. JANSSENS (*Mouvem. hygiénique, XI, p. 297*).

IV. — Beiträge zur Volksheilstätten-Frage, par Georg LIEBE (*Hyg. Rundsch., V, n° 17, p. 581*).

V. — Avis du Comité consultatif d'hygiène de France sur les précautions à prendre pour prévenir les dangers provenant du voisinage des sanatoria destinés aux phtisiques (*Annales d'hyg. publ., mai 1895*).

I. — Recherches faites à l'hôpital militaire de Hanovre, où l'on évacue de temps à autre les salles des tuberculeux pour pouvoir les désinfecter et les aérer longuement. Le voisinage des phtisiques est inoffensif pour les autres individus. Il n'est pas possible que les bacilles tuberculeux se répandent dans l'atmosphère et les poussières des salles de malades, si l'on a soin de convenablement recueillir et éliminer les crachats et les selles et de désinfecter efficacement les récipients qui les reçoivent. La désinfection doit porter non seulement sur le contenu des récipients et sur les récipients eux-mêmes, mais s'étendre aussi aux endroits sur lesquels ceux-ci sont placés (tables de nuit par exemple) et au voisinage immédiat.

II. — L'ubiquité des bacilles tuberculeux est une idée fausse, puisque Cornet n'a pu en constater l'existence ni dans les poussières déposées par 50,000 litres d'air, ni dans les salles de phtisiques où l'on ne laissait pas dessécher l'expectoration des malades.

Dans les circonstances ordinaires, le bacille tuberculeux est incapable de se multiplier dans les nombreux milieux nourriciers que lui offre la nature morte ; il a besoin pour se développer d'un degré de température qui se rencontre rarement dans la nature; enfin, même dans le cas où il aurait rencontré un milieu et une température à sa convenance, comme

son développement est lent, les saprophytes, qui, eux, sont véritablement ubiquitaires et plus vivaces, en auraient vite raison. On peut donc exclure l'éventualité de la multiplication de ce bacille en dehors des organismes vivants et considérer tous les germes tuberculeux qui menaçent l'homme comme provenant du corps d'un autre homme ou d'un animal. D'autre part, c'est une loi physique, vérifiée par de nombreuses expériences, qu'un courant d'air même violent ne peut détacher les microorganismes d'une surface humide ; d'où, comme conséquence nécessaire, la stérilité de l'air expiré par les phtisiques.

Voici maintenant le résultat des mesures prophylactiques prises en Prusse. La mortalité par tuberculose dans les prisons a diminué constamment depuis 1887 ; elle est maintenant réduite de moitié ; celle des asiles d'aliénés s'est réduite de un sixième depuis 1889 ; dans le même temps, celle des congrégations hospitalières a baissé d'un tiers ; enfin celle de la population prussienne dans son ensemble est tombée de 31 à 25 pour dix mille vivants.

III. — En Belgique, la phtisie pulmonaire compte pour 12,000 décès dans les 125,000 annuels. A Bruxelles, en 30 ans (1864-1893), la tuberculose pulmonaire a occasionné 20,248 morts sur un total de 134,603 ; en y joignant les décès par autres tuberculoses, on arrive au chiffre de 29,327, tandis que toutes les affections épidémiques (fièvres éruptives, fièvre typhoïde, diphtérie, coqueluche, choléra) n'en ont causé que 15,409.

Toutefois, grâce aux mesures d'assainissement urbain et de médication préventive dans les écoles, les décès annuels par phtisie diminuent progressivement à Bruxelles depuis 20 ans. Dans les trois dernières décades, leur nombre a passé successivement de 4,6 à 4 et à 3,1 pour mille habitants.

J. a rédigé les instructions du conseil d'hygiène sur les mesures prophylactiques pour éviter et combattre la tuberculose.

IV. — Liebe expose l'état actuel de la question des sanatoria pour tuberculeux, en Allemagne, à Vienne et en Suisse, discute les moyens employés pour se procurer les ressources nécessaires et termine en donnant les premiers résultats thérapeutiques obtenus dans quelques-uns de ces établissements.

La ville de Berlin a utilisé, pour y recevoir les femmes tuberculeuses, son asile pour accouchées de Blankenfeld, qui restait inoccupé.

Dès la seconde année, Brême a dû porter à 30 le chiffre des lits du sanatorium de Rehbourg. A Hanovre, la « société pour les pulmonaires indigents », qui comprend 332 membres, ne possédant pas encore les ressources nécessaires à la fondation d'un établissement propre, a envoyé, depuis 1889, 104 malades, la plupart à Rehbourg, quelques-uns à Andreasberg et Lippspringe.

Beaucoup de sociétés de propagande ont le tort de réclamer de trop fortes cotisations ; en Suisse, pour populariser l'institution et y intéresser même les ouvriers, on a fixé à un franc seulement la souscription annuelle. Il faut s'efforcer de recruter des adhérents parmi les médecins, les femmes et, dans les campagnes, parmi les instituteurs et les ecclésiastiques (*R. S. M.*, XLV, 550).

V. — Sur le rapport de Netter, le comité consultatif d'hygiène de France a adopté, le 8 avril 1895, les conclusions suivantes :

Des dangers peuvent résulter pour une localité de la présence de nombreux phtisiques dans des hôtels où ils sont mélangés au reste de la population et où il ne peut être pris les précautions nécessaires.

Les agglomérations de malades dans les sanatoria ne sauraient être l'origine d'aucun danger pour le voisinage, pourvu que ces établissements soient bien dirigés, que leur installation et leur aménagement soient conformes aux règles déjà en vigueur dans les établissements analogues. Le sanatorium sera le plus souvent adossé à une hauteur qui le mette à l'abri des vents dominants. Autour de l'habitation des malades, tout sanatorium disposera d'une zone d'isolement constituée par un parc étendu et des terrains réservés à la culture. Cette zone est nécessaire au séjour en plein air, qui est la base de ce traitement de la tuberculose. Les malades ne sortiront de l'établissement que le moins possible. On exigera des pensionnaires de n'expectorer que dans des crachoirs renfermant une certaine quantité d'eau. Ces crachoirs, portatifs et autres, seront désinfectés tous les jours. Chaque sanatorium possédera une bonne étuve confiée à un personnel instruit et consciencieux. Le linge des malades ne sera livré au blanchisseur qu'après avoir été stérilisé par l'étuve. Les chambres des malades seront toujours désinfectées avant d'être livrées à un nouvel occupant. Afin que cette désinfection soit facile, le plancher et les parois seront disposés de telle sorte qu'ils puissent être aisément lavés et brossés avec des solutions antiseptiques. Les déjections des malades seront désinfectées ; on ne les laissera, sous aucun prétexte, déverser dans un cours d'eau pouvant servir à l'alimentation ; elles seront utilisées à l'aménagement de cultures faites dans l'établissement ; là où il sera possible, on pratiquera l'épandage. J. B.

I. — **Malleinversuche, par SCHÜTZ** (*Arch. f. wissensch. und prakt. Thierh.*, *XX*, *et Hyg. Rundsch.*, *V*, *n° 8*, *p. 365*).

II. — **Das Rotztilgungsverfahren mit Einschluss der Malleinimpfung....., par PETERS** (*Berlin. thierärztl. Woch.*, *1894*, *et Hyg. Rundsch.*, *V*, *n° 8*).

III. — **Ueber die Wirkung des Malleins auf das Blut und über seinen diagnostischen Werth, par PRUS** (*Oesterr. Zeitschr. f. wissensch. Veterink.*, *IV*).

IV. — **Die Beurtheilung der Malleinreaktion, par PREUSSE** (*Berlin. thierärztl. Woch.*, *1894*).

V. — **Ein Beitrag zur Beurtheilung der Malleinwirkung, par FOTH** (*Ibidem*, *1895*).

VI. — **Einige Versuche über die Wirkung des Malleins andern Bakterienproteinen gegenüber, par SCHINDELKA** (*Oesterr. Zeitschrf. f. wissensch. Veterinärk.*, *VI*, *et Hyg. Rundsch.*, *V*, *n° 16*, *15 août 1895*).

VII. — **Ueber die Wirkung von Bakterienproteinen auf rotzkranke Meerschweinchen mit besonderer Berücksichtigung des Malleins, par A. SCHATTENFROH** (*Zeit. f. Hyg.*, *XVIII*, *et Hyg. Rundsch.*, *V*, *n° 10*, *p. 470*).

I. — Sur 56 chevaux inoculés comme suspects de morve, 15 avaient présenté la réaction typique, c'est-à-dire une élévation de température d'au moins un degré centigrade et demi avec chute lente du thermo-

mètre et 7 une élévation de température moindre ; les 56 chevaux ont été sacrifiés sans qu'on constatât chez aucun des lésions morveuses. On s'était servi de malléine de Preusse à la dose de 50 centigrammes. Schütz conclut que la malléine provoque incontestablement la réaction dite typiques, même chez les chevaux non morveux.

II. — 100 chevaux ont été l'objet de 252 injections de malléine ; sur les 10 qui ont réagi et qui tous ont été abattus, 5 seulement étaient morveux ; parmi les 5 autres, 3 étaient âgés de moins de 4 ans.

III. — La malléine injectée à faibles doses sous la peau d'animaux sains détermine tout d'abord à la fois une diminution des globules blancs, des rouges et des hématoblastes ; au bout de 6 heures, il y a augmentation des leucocytes, nouvelle diminution des hématies et chiffre normal des plaquettes sanguines ; au bout de 12 heures, la leucocytose (cellules mononucléaires surtout) a atteint son maximum, tandis que le chiffre des globules rouges commence à remonter ; au bout de 24 heures, la leucocytose n'est plus qu'insignifiante et le nombre des hématies est redevenu à peu près normal.

Le sang des chevaux morveux offre une leucocytose neutrophile, une diminution des hématies qui sont en train de se dissoudre et un accroissement du nombre des hématoblastes.

Chez les chevaux morveux injectés de malléine, au bout de 12 heures on constate une leucocytose polynucléaire, neutrophile, considérable. La malléine a à la fois des propriétés lympholytiques et lymphagogues. Chez le cheval sain, la circulation lymphatique, stimulée par la malléine, amène dans le sang des leucocytes mononucléaires provenant des ganglions, de la rate et de la moelle des os ; chez le cheval morveux, le courant de la lymphe entraîne en outre des leucocytes polynucléaires fournis par tous les foyers morbides.

Les bacilles morveux, injectés à faibles doses sous la peau, ne modifient pas la température ; à doses modérées ils la font monter, tandis qu'à doses considérables, ils l'abaissent. Injectés directement dans la circulation sanguine, à petites doses, ils élèvent la température qu'ils font baisser à doses plus fortes en tuant l'animal. Injectés sous la dure-mère, les bacilles morveux, à petites doses, font monter la température et provoquent une inflammation du cerveau, tandis qu'à doses plus fortes, ils entraînent l'abaissement de la température et la mort, avant le développement des phénomènes inflammatoires. La substance pyrogénétique contenue dans les bacilles irrite donc à faibles doses le centre de thermogénèse qu'elle paralyse à haute dose. La malléine aussi renferme une pyrotoxine.

L'injection simultanée de bacilles morveux et de malléine ne fait généralement pas varier la température ; parfois seulement il y a ascension légère. Chez les animaux dont la température a déjà haussé à la suite de l'injection des bacilles morveux, après l'injection de malléine, tantôt il y a nouvelle élévation, tantôt descente rapide et mort de l'animal. Quand la température a baissé à la suite de l'injection des bacilles morveux, l'injection de malléine précipite la chute thermométrique et amène précocement la mort.

Chez les animaux, où la morve était déjà développée, la courbe thermométrique après injection de malléine est très variable. Durant la période

réactionnelle, il apparaît de nombreux bacilles morveux et une leucocytose polynucléaire intense ; le sang des individus morveux qui n'ont pas réagi ne renferme pas de bacilles et offre une leucocytose mononucléaire.

Les nodules gris, vitreux, transparents, homogènes, semblables au frai de grenouille, trouvés dans les poumons de chevaux, représentent le premier stade du développement des lésions morveuses.

La malléine n'exerce d'influence spécifique ni sur les bacilles morveux, ni sur leurs produits et elle n'a aucune valeur diagnostique.

IV.— Pour Preusse, la malléine reste un spécifique, car jusqu'ici on ne connaît pas de fait indubitable où la réaction ait manqué après injection de malléine inaltérée chez un cheval morveux, et cependant le chiffre des chevaux inoculés avec la malléine de Preusse excède déjà 2,000. La circonstance rare que des chevaux sains peuvent réagir contre la malléine n'a rien de bien étonnant quand on se rappelle que certains animaux très susceptibles ont de la fièvre à la suite de l'injection d'eau distillée dans le courant sanguin. Dans d'autres cas, on peut incriminer la qualité de la malléine ou le défaut d'antisepsie. Pour considérer la réaction comme typique, il faut que l'élévation de température soit au moins de 2 degrés centigrades avec la malléine sèche et de 1°,5 avec la malléine fluide. Toute élévation moins considérable est une réaction douteuse ; au-dessous de 1°,5 et de 1 degré, il ne s'agit plus de réaction. La température réactionnelle doit atteindre au moins 39°,5 comme maximum. Lorsque l'animal a de la fièvre avant l'injection, on ne peut songer à un résultat certain. Chez les animaux à réaction atypique, on doit renouveler l'inoculation au bout d'une quinzaine au plus tôt.

Preusse termine par la critique du travail de Schütz (voy. ci-dessus).

V. — Foth convient que parfois, dans des circonstances encore mal connues, la malléine détermine chez les chevaux non morveux, les mêmes phénomènes que chez les morveux et en infère que la valeur de la malléine consiste moins à reconnaître sûrement des cas isolés et douteux de morve, qu'à permettre d'éteindre rapidement un foyer de la maladie.

Pour apprécier si la réaction consécutive à l'injection est typique, il faut tenir compte non seulement du degré de la température réactionnelle, mais aussi de l'écart entre le degré de cette température et celui préexistant à l'injection ; toujours le thermomètre s'élève d'autant plus qu'il était plus bas auparavant ; c'est d'ailleurs ce qu'on observe aussi après les injections diagnostiques de tuberculine. Quand il s'agit de malléine sèche, toutes les réactions typiques avoisinant 2 degrés, parlent d'autant plus éloquemment pour la morve qu'avant l'injection la température était plus élevée ; si au contraire celle-ci était très basse, au lieu d'abattre les animaux il faut les soumettre à une nouvelle injection de malléine. Il en est de même d'un autre côté pour les chevaux dont la réaction peu intense dépasse peu la limite inférieure de 1°,2. Les uns et les autres doivent être tenus pour suspects.

Sur un effectif de 570 chevaux, 523 avaient été abattus en vertu de la réaction qu'ils avaient offerte à la suite de l'injection de malléine : 381 d'entre eux avaient présentés une élévation de température d'au moins 2 degrés, 142 une élévation de 1°,5 à 1°,9. Bien qu'aucun d'eux n'eût eu de symptômes suspects pendant la vie, tous furent trouvés mor-

veux. Les 47 autres qui n'avaient pas réagi du tout ou n'avaient eu qu'une réaction insignifiante ayant été également sacrifiés, se montraient aussi tous morveux ; 27 avaient eu une élévation thermométrique variant de 1 degré à 1°,4 et 20 une élévation atteignant au maximum 0°,9. L'absence de la réaction typique s'expliquait pour les uns par la préexistence de fièvre, pour d'autres par la trop grande étendue des lésions aiguës de morve, mais pour un petit nombre, elle restait inexplicable. 8 chevaux ont succombé à la morve aiguë à la suite de l'injection, tous avaient auparavant une température très élevée. 10 fois la morve prit une marche aiguë consécutivement à l'injection.

VI. — Ayant reconnu que des chevaux atteints simplement d'emphysème pulmonaire ou de catarrhe bronchique réagissaient de même que les morveux sous l'influence de la malléine, Schindelka a fait quelques expériences pour voir si d'autres protéines microbiennes déterminaient chez les chevaux la même réaction constatée sur d'autres espèces animales.

Il conclut : ni la pyocyanine, ni la pneumobacilline ne peuvent remplacer la malléine comme agent diagnostique. La malléine elle-même n'est pas un moyen spécifique, mais c'est un moyen auxiliaire excellent de diagnostic.

VII. — Les protéines microbiennes (des bacilles de Friedlaender, pyocyanique et du rhinosclérome) déterminent de la fièvre chez les cobayes morveux comme chez les sains ; la seule différence, c'est que la réaction est en moyenne plus intense chez les morveux.

La protéine du bacille de la morve se comporte d'une manière complètement analogue.

La malléine (sèche de Foth) n'a pas d'action spécifique sur les cobayes morveux, mais elle provoque chez les animaux malades une réaction généralement plus forte. Cette réaction de la malléine n'est vraisemblablement pas un effet pur des protéines ; elle est peut-être influencée par la teneur plus ou moins riche des différentes malléines en produits de la nutrition.

La malléine et les protéines n'ont aucun pouvoir thérapeutique sur les cobayes morveux. J. B.

L'état sanitaire des armées française, allemande, anglaise, autrichienne, belge et espagnole, par ANTONY (*Arch. méd. milit., p. 143, août 1895*).

Voici le résumé de cette étude comparative :

En France dominent les maladies générales, les fièvres typhoïdes, fièvres éruptives, pneumonie, diphtérie et la dysenterie ;

En Allemagne, les rhumatismes, les affections oculaires, les suicides ;

En Autriche, les mêmes causes morbides et l'impaludisme ;

En Italie, la fièvre typhoïde, la rougeole, la pneumonie, la tuberculose, la méningite cérébrospinale, les maladies vénériennes et l'impaludisme ;

En Angleterre, le rhumatisme et les maladies vénériennes ;

En Belgique, la fièvre typhoïde et les ophtalmies ;

En Espagne, la fièvre typhoïde, la variole, la pneumonie et la tuberculose. MAUBRAC.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

Atlas of clinical medicin, par Byron BRAMWELL (*Part 2, vol. III, 1895*).

La seconde partie du 3e volume renferme des recherches sur la syphilis congénitale, sur l'atrophie musculaire progressive, sur les dystrophies musculaires et la paralysie pseudo-hypertrophique. Chacun de ces chapitres comprend l'observation clinique de plusieurs malades types, la reproduction par le dessin ou la photographie du facies, de la maladie et de ses lésions. Collection très intéressante à consulter. H. R.

Two cases of ingravescent cerebral hemorrhage, etc. (Deux cas d'hémorragie cérébrale à aggravation progressive traités par la ligature de la carotide primitive), par DERCUM et KEEN (*Journal of nerv. and mental diseases, p. 586, 1894*).

Dans deux cas d'hémorragie cérébrale dont les symptômes augmentaient d'heure en heure, Dercum et Keen ont fait la ligature de la carotide primitive du côté correspondant à l'hémorragie cérébrale. Dans le premier de ces cas le résultat fut très bon, plusieurs mois après le malade était en excellent état. Dans le second cas le malade était déjà dans le coma, l'opération ne donna pas de résultats. PIERRE MARIE.

Note of a case of softening of the right angular Gyrus..... (Note sur un cas de ramollissement de la circonvolution angulaire droite avec ptosis du côté gauche), par C.-A. HERTER (*Journal of nervous and mental diseases, p. 18, janvier 1895*).

Homme de 60 ans avec hémiplégie droite (bras et jambe, face respectée), perte des deux réflexes rotuliens, pas de contracture. Il existait un ptosis incomplet du côté gauche, la pupille gauche était un peu dilatée et réagissait moins bien que la droite à la lumière.

A l'autopsie, plaque de ramollissement d'un pouce de diamètre occupant la circonvolution angulaire droite, englobant les substances corticale et médullaire sous-jacente dans un certain degré (un diagramme montre la localisation de la lésion sur l'écorce). L'auteur pense que le ptosis à gauche est bien réellement dû à cette lésion de l'hémisphère droit; quant à l'hémiplégie droite il la rattache à la néphrite dont souffrait le malade et la considère comme de nature urémique. PIERRE MARIE.

Ein Fall von collateraler Lähmung bei subduralem Bluterguss, par LEDDERHOSE (*Berlin. klin. Woch., n° 18, p. 402, 6 mai 1895*).

Homme de 38 ans pris, à la suite de mauvais traitements, de céphalalgie avec phénomènes de compression cérébrale; le douzième jour, coma et hémiplégie *droite* de la face et des membres. Pensant à une hémorragie de l'artère méningée moyenne gauche, Ledderhose trépane le côté gauche du crâne qu'il trouve intact ainsi que son contenu.

L'autopsie révèla l'existence, dans le côté droit du cerveau, d'un épanchement sanguin de 100 centimètres cubes, occupant à la fois la base et les régions antérieure et moyenne de l'hémisphère droit; le cerveau lui-même était sain.

Ledderhose a trouvé dans le littérature 69 cas d'hémiplégie siégeant du même côté que la lésion cérébrale. J. B.

Fall von infantiler Hemiplegie mit Intentionstremor in der gelähmten oberen Extremität, par Toby COHN (*Berlin. klin. Woch., n° 10, p. 220, 14 mars 1895*).

Fille de 25 ans, sans tare héréditaire. A l'âge de 18 mois, convulsions du côté droit pendant quelques heures et immédiatement après paralysie de la moitié droite du corps et trouble de la motilité du membre supérieur correspondant, encore existant aujourd'hui. Les convulsions unilatérales se répétèrent deux ou trois fois, puis cessèrent définitivement, après l'âge de 9 ans. La malade a peu profité de l'école; elle écrit (de la main gauche) cependant mieux qu'elle ne lit. Pupilles dilatées, un peu plus large, à gauche et réagissant bien. Du côté droit, strabisme divergent. Parésie du facial inférieur droit; parole parfois un peu confuse. Le membre supérieur droit ne présente ni raccourcissement ni atrophie, mais une tendance à la flexion continue. Les mouvements s'en exécutent avec l'énergie normale, seule la pression de la main et les petits mouvements digitaux sont un peu moins vigoureux à droite; les doigts sont en extension exagérée. Au repos, aucun mouvement insolite. Mais dès que la malade meut son membre supérieur droit, il est pris d'un tremblement qui s'accentue au fur et à mesure qu'il se rapproche du but. Ce tremblement est rythmé, mais le rythme en est plus ou moins rapide et interrompu par instants de mouvements saccadés; la clôture des yeux ne le modifie pas et il persiste quand la main tient un objet; somme toute, la direction du mouvement fonctionnel est conservée, malgré le tremblement.

Affaiblissement de la motilité du membre inférieur droit, surtout au niveau des muscles du jarret et des muscles fléchisseurs du dos du pied. Réflexes tendineux intacts des deux côtés; sensibilité absolument normale.

Cohn n'a trouvé dans la littérature que 8 faits semblables, dont aucun publié en Allemagne. Les autopsies ont révélé en général une lésion (ramollissement, hémorragie, tumeur) dans le segment postérieur de la capsule interne ou à son voisinage, couche optique, corps strié (*R. S. M.*, XX, 609; XXIV, 113 et XXX, 96). J. B.

Amusie (Aphasie musicale), par J.-G. EDGREN (*Deutsche Zeitschrift f. Nervenh. VI, p. 1,*).

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

Par des processus pathologiques divers la faculté musicale, de même que la faculté orale, peut être dissociée de telle sorte qu'il y a lieu de distinguer des formes spéciales d'amusie. Ces formes possèdent un certain degré d'autonomie dans leur manière d'être soit vis-à-vis les unes des autres, soit vis-à-vis de l'aphasie. Les formes d'amusie sont plus ou moins analogues aux diverses formes d'aphasie et souvent il y a coexistence d'une même forme d'aphasie ou d'amusie. L'amusie peut d'ailleurs exister sans l'aphasie et vice versa. Il est invraisemblable que les formes cliniques particulières d'amusie, du moins certaines d'entre elles, possèdent aussi une autonomie anatomique et peuvent être localisées dans le voisinage

des points dont la lésion détermine ces formes d'aphasie, mais non dans ces points mêmes. Pour une certaine forme d'amusie (la surdité des tons) il semble que sa localisation réside dans la 1re ou dans la 1re et la 2e circonvolutions du lobe temporal devant le point dont la lésion amène la surdité verbale. PIERRE MARIE.

Hémianesthésie et hémiparaplégie croisées (syndrome de Brown-Séquard), suite de commotion médullaire, par H. REYNÈS (*Gazette des hôp., n° 37, 1895*).

Il s'agit d'un homme de 17 ans qui fut frappé de trois coups de couteau et jeté par terre sur le dos; immédiatement il sentit sa jambe gauche comme morte, il fallut le porter à l'hôpital. On constata une paralysie de la jambe gauche et une anesthésie de la jambe droite (voir le dessin schématique). L'auteur après avoir discuté les différents diagnostics qui pouvaient se présenter, notamment celui d'hystéro-traumatisme, conclut que le syndrôme de Brown-Séquard s'est montré ici sous l'influence de la commotion médullaire et que c'est à celle-ci qu'il faut attribuer la dilatation de l'iris constatée chez son malade. PIERRE MARIE.

Ueber hereditäre spastische Spinalparalyse (Sur la paralysie spinale spasmodique), par W. ERB (*Deutsche Zeitschrift f. Nervenh., VI, p. 137*).

Observation de deux sœurs âgées de 12 et 6 ans (deux frères non atteints) qui présentaient tous les symptômes de la paralysie spinale spasmodique, c'est-à-dire paralysie spasmodique limitée aux membres inférieurs. Pas d'amyotrophie, pas de troubles sensitifs, pas de troubles cérébraux. L'influence héréditaire est très nette chez ces enfants (nombreuses alliances consanguines), quoique à la vérité aucun autre membre de la famille n'ait souffert de cette affection.

Erb rapproche ces deux cas de ceux de paralysie spasmodique familiale déjà publiés par Krafft-Ebing et par Newmark. Il pense qu'il s'agit d'une dégénération des cordons pyramidaux ou latéraux dus à une faiblesse congénitale des éléments cellulaires qui leur servent de centre trophique. PIERRE MARIE.

Amyotrophic lateral sclerosis with bulbar paralysis, etc., par Ludwig HEKTOEN (*Journal of nervous and mental diseases, p. 145, 1895*).

Observation d'un homme de 65 ans atteint de sclérose latérale amyotrophique avec phénomènes bulbaires; mort, autopsie avec examen histologique très soigné; l'auteur rend compte de celle-ci de la facon suivante : dégénération primitive, chronique, dans les *neurones indirects moteurs* (légères altérations de l'écorce des circonvolutions centrales et dégénération des faisceaux pyramidaux à partir de la capsule interne et au-dessous). Il existait en outre des lésions dans les *neurones moteurs directs* (atrophie des noyaux bulbaires et des cornes antérieures de la moelle, dégénération des nerfs bulbaires, des racines rachidiennes antérieures, des nerfs spinaux mixtes, de la queue de cheval, du médian et du cubital, atrophie des muscles de la langue, du pharynx, du larynx). Dans les *neurones sensitifs directs* il y a des lésions identiques quoique moins étendues (lésions des cellules ganglionnaires des ganglions spinaux, dégénération dans les racines spinales postérieures et dans les colonnes de Goll, altérations dans le nerf trijumeau) ; légères altérations dans le système des *neurones sensitifs indirects* (cellules des colonnes

de Clarke sans lésions des faisceaux pyramidaux directs). La constatation de ces différentes lésions dans le domaine sensitif est intéressante.

PIERRE MARIE.

Ein Fall sog. amyotrophischer Lateralsclerose, par SENATOR et discussion (*Berlin. klin. Woch., n° 43, p. 986, 22 octobre*).

Fait que Senator juge important, au point de vue de la controverse régnante en Allemagne, sur l'existence indépendante de la sclérose latérale amyotrophique. Femme de 57 ans, offrant de l'affaiblissement des quatre membres, avec contractures et raideurs, exagération des réflexes tendineux, atrophies musculaires et troubles bulbaires. Elle gardait le lit, les coudes appliqués au ventre et les mains croisées. La bouche ne pouvait être ouverte et était tirée transversalement; seuls, les yeux se mouvaient, dans la face. Troubles de la parole. Début, il y a sept ans, par des sensations anormales dans un membre inférieur et dans une main; deux ans plus tard, faiblesse et raideur des membres gauches, puis tremblement. On avait pensé alors à une paralysie agitante. Sensibilité et sphincter normaux. Excitabilité électrique des muscles diminuée; parfois traces de réaction de dégénérescence; pas de contractions fibrillaires. Mort trois mois après l'admission.

Autopsie. Pleuropneumonie fibrineuse du lobe inférieur droit; atrophi brune du foie; atrophie granuleuse des reins.

Atrophie, irrégulièrement disséminée, de nombreuses cellules ganglionneuses dans les cornes antérieures de la moelle à la région cervicale et à la partie supérieure de la dorsale. Intégrité des cellules ganglionnaires de la moelle lombaire. Tous les vaisseaux de la moelle sont gorgés de sang; beaucoup d'hémorragies récentes, irrégulièrement réparties, dans les substances grise et blanche, surtout au niveau de la moelle dorsale, et les moins nombreuses au niveau de la lombaire. Même état de réplétion des vaisseaux dans toutes les racines; les racines antérieures présentent aussi, toutes, des hémorragies. Pas trace d'inflammation. Foyers de ramollissement en quelques points en particulier dans la moelle lombaire. Les racines antérieures offrent un léger degré d'atrophie. Quant aux racines postérieures, seules, celles de la moelle lombaire présentent de la tuméfaction vésiculeuse, un peu d'atrophie et un faible épaississement de la pie-mère. Rien d'anormal dans les parois vasculaires.

Senator conclut que la sclérose latérale amyotrophique, telle que l'a conçue Charcot, ou n'existe pas indépendante ou que la description que Charcot en a donnée ne convenait pas à tous les cas. La malade de Senator en offrait tous les symptômes et cependant elle n'avait pas la sclérose des cordons latéraux que Charcot considère comme la lésion primitive. Senator est d'avis, dans les cas analogues au sien, de s'en tenir aux phénomènes cliniques et de les dénommer paralysie atrophique spasmodique qui, selon les circonstances, peut être purement spinale ou purement bulbaire ou enfin bulbo-spinale, comme c'est le cas ici.

Oppenheim estime que l'observation de Senator est trop incomplète pour décider d'une question litigieuse aussi importante : ni le cerveau, ni la protubérance, ni le bulbe n'ont été examinés.

Leyden, au contraire, trouve le fait de Senator fort démonstratif et confirmant pleinement sa propre manière de voir. Chez une malade ayant les signes cliniques de la sclérose latérale amyotrophique, l'autopsie révéla une atrophie des cellules ganglionnaires multipolaires, une intégrité presque entière de la substance blanche et l'état normal des cordons latéraux. Dans ce cas, l'examen du cerveau n'avait aucune importance, car les symptômes étaient

purement spinaux. Le fait de Senator doit être rangé dans le grand groupe des atrophies musculaires progressives. Les phénomènes spasmodiques offerts par sa malade ne dépendent point de l'altération de certains tractus de fibres, mais surviennent quand la conduction entre les organes cérébraux de la volonté et les muscles est interrompue, sans que, pour cela, il y ait une atrophie bien marquée et une interruption complète des forces de la volonté.

Remak est d'avis que l'examen du cerveau est essentiel pour trancher le désaccord entre Charcot et Leyden, relativement à la chronologie de la dégénération des pyramides et de celle des cornes antérieures. J. B.

Syndrome de Brown-Séquard d'origine probablement syringomyélique, par F. RAYMOND (*Progrès méd., 14 septembre 1895*).

Une femme de 45 ans a eu pendant vingt ans des crises gastralgiques et des faiblesses soudaines dans les jambes, suivies parfois de chutes, avec diminution de la force du bras gauche, puis survinrent des troubles variés de la motilité et de la sensibilité.

Au moment de l'examen on constatait : 1° Une hémiplégie gauche du type spinal, respectant la face et portant surtout sur le bras, avec exagération de tous les réflexes tendineux et clonus du pied sans contraction véritable; 2° des sensations de brûlure dans le membre inférieur droit, et de fourmillement dans les membres gauches. Il y a une hémianesthésie droite du type spinal, limitée à la clavicule en avant, au bord supérieur de l'omoplate, en arrière; les sensations douloureuses et thermiques sont abolies, les sensations tactiles sont conservées, mais moins nettement perçues qu'à droite; cette anesthésie, dissociée absolue au membre inférieur et au tronc, est moins accusée sur le membre supérieur; toute excitation tactile de ce côté droit réveille des paresthésies variées.

Il y a en outre une atrophie des muscles de l'épaule et du bras gauche, et des troubles oculo-pupillaires, rétrécissement de l'orifice palpébral, nystagmus, pupille gauche rétrécie, oreille gauche plus rouge que la droite. Raymond conclut que ce syndrome de lésion unilatérale de la moelle est due à une syringomyélie de la région cervico-dorsale. H. L.

Sopra una forma anomala di atrofia muscolare progressiva, par G. G. MONTESANO (*Riforma med., p. 328, 2 mai 1895*).

Homme de 43 ans dont un frère était mort avec une atrophie musculaire des quatre membres, un autre avec des phénomènes bulbaires et atrophie musculaire progressive myélopathique. Chez ce dernier la maladie avait duré vingt ans environ. Chez le malade de Montesano le début se fit vers l'âge de 20 ans par affaiblissement surtout des mouvements de la main droite (particulièrement des extenseurs), puis la main gauche se prit; la maladie s'étendit aussi, mais lentement aux bras et aux jambes; ce ne fut qu'au bout de 16 à 17 ans qu'elle gagna les muscles de la face et ceux de la langue, ainsi que de la déglutition. Pas de troubles sensitifs, abolition des réflexes tendineux, affaiblissement des réflexes cutanés, absence de contractions fibrillaires. L'amyotrophie est surtout marquée dans le domaine du radial et dans celui du péronier. Réaction de dégénération totale ou partielle dans différents muscles. L'auteur insiste sur les analogies que présente ce cas avec celui décrit par Hirtz (*Semaine médicale*, n° 53, 1894) et le compare également à ceux publiés par un certain nombre d'auteurs, mais ces derniers en diffèrent plus ou moins. PIERRE MARIE.

Progressive muscular atrophy most marked in the rhomboïd and shoulder muscles, etc., par Torrance RUGH et Ch. K. MILLS (*Journ. of nerv. and ment. diseases, p. 354, 1895*).

Femme de 35 ans, père mort paralysé, frères et sœurs sains. Début de la maladie, treize ans auparavant, par douleur et déviation consécutive de l'épaule droite. Actuellement ne peut élever les bras au-dessus de l'horizontale, ni lever les épaules. Atrophie du rhomboïde, du sus et du sous-épineux. Atrophie des muscles de la moitié gauche de la face. Diminution de volume de la langue avec secousses fibrillaires de cet organe. Les mouvements des muscles droits de l'œil sont considérablement restreints. Pas de troubles de la sensibilité. L'auteur fait remarquer toutes les singularités de ce cas et le considère comme appartenant à la famille des dégénérations musculaires progressives. PIERRE MARIE.

Deux cas de myopathie atrophique progressive, atrophie linguale, par BOUVERET (*Lyon méd., 29 septembre 1895*).

B. publie deux cas de myopathie observés, l'un chez la mère, âgée de 42 ans, l'autre, chez le fils, âgé de 22 ans. Ces cas se signalent, en dehors de l'hérédité, par quelques particularités intéressantes : la mère est atteinte de goitre et de kyste de l'ovaire ; le fils est très arriéré, presque idiot, petit, mal proportionné.

Le type de myopathie chez la mère est une forme mixte ; les muscles des membres inférieurs sont pris, également ceux de l'épaule, du bras et de la face, bien que la malade n'offre pas le facies caractéristique du type Landouzy-Dejerine.

Chez le fils, il y a en plus une atteinte des releveurs des paupières et une atrophie manifeste des muscles de la langue. A. CARTAZ.

Traumatism as a cause of locomotor ataxia, par Morton PRINCE (*Journ. of nervous mental and diseases, p. 77, février 1895*).

Morton Prince insiste sur ce fait qu'on a trop de tendance à admettre l'origine traumatique du tabes. Pour lui, dans la grande majorité des cas, il s'agit d'individus étant dans le stade préataxique, chez lesquels le traumatisme peut amener une exagération de certains symptômes, mais non créer de toutes pièces le tabes. Il classe sous trois rubriques différentes les cas empruntés aux divers auteurs et dans lesquels est intervenu un traumatisme. La catégorie I est composée des cas dans lesquels le traumatisme n'a certainement pu déterminer le tabes. Dans la catégorie II sont les cas dans lesquels le traumatisme a pu, à la rigueur, être invoqué. Dans la catégorie III se trouvent quelques cas dans lesquels l'étiologie du tabes a de grandes chances d'être plus ou moins sous la dépendance du traumatisme.

L'auteur s'est livré à des recherches bibliographiques étendues. Trois cas personnels. PIERRE MARIE.

A contribution to the pathology of the spinal cord, etc. (Contribution à l'étude des altérations de la moelle dans la paralysie des plongeurs), par C. W. SHARPLES (*The Journ. of nervous and mental diseases, p. 636, octobre 1894*).

Il s'agit d'un homme qui en revenant de plonger à une grande profon-

deur (200 pieds environ) fut pris, dès qu'on lui eut enlevé son casque, de douleurs dans les membres puis de perte de connaissance ; à la suite paralysie des quatre membres, escarre sacrée, mort au bout d'un peu plus de deux mois. L'autopsie montra des foyers de ramollissement et des traînées de dégénération dans différents points de la moelle, principalement dans les cordons de Burdach. Les lésions semblent avoir débuté et présenté leur maximum dans la région cervicale.

PIERRE MARIE.

Sur un cas de paralysie de Landry avec constatation dans les centres nerveux de lésions polio-myélitiques liées à la présence d'un microbe (bactéridie charbonneuse), par Pierre MARIE et G. MARINESCO (*Soc. méd. des hôpitaux, 18 octobre 1895*).

Un garçon de 19 ans, robuste, entre à l'hôpital le 22 septembre ; depuis 15 jours il présente des malaises d'ordre banal, anorexie, fièvre vespérale, etc.; au moment de son entrée il se plaignait surtout de douleurs par tout le corps, principalement à la nuque et aux lombes, avec irradiation dans les membres, et à la base du thorax. Le 23, rétention d'urine, paraplégie à peu près complète ; anesthésie à partir du 1/3 supérieur de la cuisse; le 24, diminution de la force du bras droit ; le 25, paraplégie diminuée, sensibilité revenue, mais les membres supérieurs sont parésiés. Le 26, respiration gênée à type supérieur, dyspnée progressive ; mort dans une syncope le 29. A l'autopsie, on note la couleur foncée de la dure-mère, le ramollissement des cornes antérieures de la moelle, des hémorragies dans le plancher du quatrième ventricule; avec le microscope, on voit la disparition presque complète des éléments médullaires dans les cornes ramollies, et une infiltration énorme de leucocytes mononucléaires; dans des points moins ramollis les grandes cellules nerveuses sont très altérées. En outre, on voyait des microbes, pour ainsi dire à l'état de culture dans la moelle et le bulbe, ressemblant fort à la bactéridie charbonneuse.

H. L.

I. — Zur Diagnose der Meningitis, par LICHTHEIM (*Berlin. klin. Woch., n° 13, p. 269, 1er avril 1895*).

II. — Zur klinischen Bedeutung der spinalen Punction, par P. FÜRBRINGER (*Ibid., p. 272*).

III. — Discussion de la Société médicale de Berlin (*Ibid., p. 287*).

IV. — Même sujet, par HEUBNER, et discussion de la Société des médecins de la Charité (*Ibid., p. 289, et n° 14, p. 308, 8 avril 1895*).

V. — Ein Beitrag zur diagnostischen Bedeutung der Lumbalpunction, par E. STADELMANN (*Berlin. klin. Woch., n° 27, p. 581, 8 juillet 1895*).

I. — Lichtheim, qui ne croit guère à l'avenir thérapeutique de la méthode des ponctions du canal vertébral lombaire, due à Quincke (*R. S. M.*, XL, 265) est d'autant plus convaincu en revanche du grand rôle qu'elle est appelée à jouer dans le diagnostic des méningites, qu'il n'admet pas, que vu la continuité de l'espace sous-arachnoïdien, il puisse exister des méningites purement cérébrales ou purement médullaires. La ponction suivie de l'examen du liquide extrait doit toujours précéder l'opération d'un abcès ou d'une thrombose des sinus du cerveau, afin de s'assurer qu'il n'y a pas complication de suppuration des méninges.

Parmi de nombreux cas examinés, Lichtheim n'en a rencontré qu'un où le liquide cérébro-rachidien fût stérile, malgré l'existence d'une méningite purulente.

En outre, la ponction est également utile pour diagnostiquer, dans les cas douteux, une méningite tuberculeuse; car, toujours, le liquide cérébro-rachidien contient alors quelques bacilles tuberculeux. Ce qui caractérise essentiellement le liquide cérébro-rachidien dans les maladies inflammatoires, c'est sa coagulabilité qui manque dans les tumeurs et abcès, non compliqués de phénomènes inflammatoires du voisinage.

L'opération de Quincke est très simple et n'exige pas l'anesthésie. Cependant, Lichtheim relate un cas de mort chez une femme de 37 ans ayant un sarcome cérébelleux bien qu'il n'eût évacué qu'un tiers du liquide. Il a vu aussi une fille de 18 ans être prise consécutivement, pendant 2 jours, de douleurs dans la tête, la poitrine et les cuisses et de vomissements profus. Ce sont les deux seuls accidents qu'il ait notés à la suite de ses nombreuses ponctions; il en infère, toutefois, qu'il ne faut pas extraire trop de liquide et qu'il faut toujours maintenir dans les ventricules une pression positive.

II. — Dans le service de Fürbringer, il a été pratiqué une ou plusieurs ponctions lombaires de Quincke, sur 86 malades. L'opération n'offre de difficultés que lorsque les muscles dorsaux sont contracturés. La dure-mère a été rencontrée par l'aiguille à des profondeurs variables de 2 (nourrisson cachectique) à 7 centimètres (adulte herculéen avec anasarque brightique); chez un nourrisson, à la profondeur de 4 centimètres, l'instrument a atteint le tissu cartilagineux périphérique d'un corps vertébral; poussé un peu plus loin, il eût lésé l'aorte.

Fürbringer, pour opérer, fait asseoir le malade, fortement courbé en avant et il enfonce l'aiguille au niveau de la pointe de l'apophyse épineuse. Il considère l'anesthésie comme superflue. L'aspiration du liquide est beaucoup plus douloureuse que la piqûre; même chez les individus demi-soporeux, elle provoque de violentes douleurs dans la tête, la nuque et le dos; aussi Fürbringer y renonce-t-il de plus en plus, se contentant de l'écoulement spontané par la canule.

La quantité de liquide cérébro-spinal évacuée a oscillé entre quelques gouttes et 110 centimètres cubes, selon la quantité et la tension.

Comme phénomènes consécutifs à la ponction, Fürbringer a remarqué, chez une jeune fille, des douleurs et de l'engourdissement dans un membre inférieur pendant 2 jours. Sur les 4 ponctions exécutées pour tumeurs cérébrales, il y a eu 2 morts inopinées. Deux urémiques ont également succombé rapidement après une ponction lombaire.

Sur les 37 méningites tuberculeuses (enfants et adultes, à tous les stades de la maladie) 30 fois le liquide extrait renfermait des bacilles tuberculeux; on les trouve surtout, après repos du liquide, dans les coagulations fibrineuses en toiles d'araignées. Jamais Fürbringer n'a observé d'amélioration durable. En revanche, dans un cas d'hydrocéphalie chronique avec tubercules cérébelleux, à la suite de chaque ponction, le nombre des accès épileptiformes quotidiens a été réduit de moitié.

Les résultats thérapeutiques ont été nuls dans l'encéphalomalacie,

dans la myélite chronique, l'ataxie locomotrice et la méningite alcoolique chronique.

Quand le liquide évacué est sanguinolent, cela indique une perforation des ventricules par un foyer hémorragique, à moins que l'on ait lésé quelque vaisseau de la queue de cheval.

En résumé, les ponctions de Quincke ont incontestablement une grande valeur clinique et diagnostique par la constatation dans le liquide crânio-rachidien de bacilles tuberculeux, de pus ou de sang.

III et IV. — *A. Fraenkel*, tout en tenant pour inoffensive la ponction du canal vertébral exécutée par une main experte, n'estime pas qu'elle puisse devenir le lot de tous les praticiens. Il la fait au niveau de l'union des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur de la troisième apophyse épineuse lombaire à 1 ou 1 1/2 travers de doigt de la ligne médiane, en dirigeant la pointe de l'aiguille un peu en haut et en dedans pour pénétrer dans l'espace intervertébral. De crainte de changements trop brusques de pression, il n'aspire le liquide qu'autant qu'il s'agit de quantités très minimes (1 à 3 centimètres cubes).

Heubner pense, au contraire, que l'opération de Quincke est assez simple pour que tout médecin puisse la pratiquer. Sur 15 enfants, dont 11 étaient atteints de méningite tuberculeuse, il a fait une cinquantaine de ponctions, sur la ligne médiane (grâce à l'absence d'imbrication des apophyses épineuses, dans l'enfance), entre la troisième et la quatrième vertèbres lombaires. Le malade étant assis, l'aiguille n'a besoin d'être introduite qu'à 2 centimètres de profondeur, et on laisse le liquide s'écouler spontanément, sans l'aspirer. Dans les 6 ou 7 cas de méningite tuberculeuse où Heubner a recherché le bacille de Koch, il n'a jamais eu la chance de le rencontrer dans le liquide extrait. Néanmoins il attache à ces ponctions une véritable importance pour distinguer la méningite tuberculeuse de la purulente ; dans la première, le liquide céphalo-rachidien est clair comme de l'eau de roche et ne renferme sous le microscope que quelques leucocytes.

Mais Heubner ne méprise pas non plus les avantages thérapeutiques de la nouvelle méthode, spécialement dans les cas d'hydrocéphalie chronique, où elle est mieux acceptée des parents que la ponction ventriculaire. Il la juge utile, même dans la méningite tuberculeuse, où ses effets sont uniquement palliatifs et non constants ; à la suite des ponctions, on peut voir cesser, pour un temps, les douleurs de tête, les convulsions et les vomissements, résultats nullement à dédaigner, eu égard à l'inefficacité absolue de tout traitement curatif.

Senator est aussi d'avis que les ponctions de Quincke sont praticables dans la clientèle privée, car l'opération est des plus faciles, au moins chez l'enfant, assis ou, mieux encore, courbé en avant sur les genoux de quelqu'un ; chez l'adulte, où elle est un peu moins aisée, l'attitude génu-cubitale la permet, même en cas d'opisthotonos. Dans l'hydrocéphalie chronique, chaque ponction amène une amélioration temporaire ; dans la méningite tuberculeuse, elle soulage les petits patients et prolonge peut-être leur vie. Sous le rapport diagnostique, la valeur des ponctions de Quincke est jusqu'à présent limitée aux cas où le liquide cérébro-spinal contient du pus ou des microbes pathogènes ; dans deux cas de méningite tuberculeuse, Senator n'a pu y découvrir de bacilles.

Goldscheider a fait la ponction de Quincke, surtout chez les adultes, et rencontré parfois de sérieuses difficultés ; dans un cas, il fallut une canule de 8 centimètres de long. Quand la rigidité des muscles spinaux est considérable, on ne peut se dispenser d'endormir le malade. L'aspiration du liquide est peut-être possible au début ; mais dès qu'il y a une certaine quantité de liquide écoulée, elle peut provoquer des accidents graves. Dans un cas de myélite par compression, sans augmentation du fluide crânio-rachidien, Goldscheider a vainement tenté de mettre fin aux contractures et contractions réflexes douloureuses, par des injections réitérées de cocaïne dans le sac de la dure-mère lombaire.

Ewald, qui n'aspire jamais le liquide, a fait deux fois une ponction presque blanche, malgré sa certitude d'être arrivé dans le canal vertébral.

Freyhan a recherché spécialement la valeur diagnostique de l'analyse chimique du liquide ponctionné. Il confirme que dans les affections inflammatoires des méninges, la teneur en albumine est considérablement accrue ; dans la méningite tuberculeuse, notamment, elle n'est jamais inférieure à 1 0/00, tandis que chez les individus sains elle n'atteint pas 1/2 0/00. Dans les tumeurs cérébrales, il y a également augmentation de la proportion d'albumine, mais moins marquée que dans les méningites tuberculeuses ; enfin, l'urémie tient à cet égard le milieu entre les deux. Mais les limites entre ces différents groupes morbides sont trop peu précises pour pouvoir être exprimées en chiffres. Quant à la présence du sucre que Lichtheim a régulièrement constatée dans les tumeurs cérébrales, Freyhan n'en a jamais trouvé, aussi bien dans les tumeurs que dans les méningites, à l'exception de deux cas de diabète compliqué de tuberculose.

Les ponctions du canal vertébral lombaire paraissent constituer un élément précieux pour diagnostiquer l'irruption dans les ventricules latéraux ou moyens, d'une hémorragie. Les causes d'erreur possibles sont, en dehors de la lésion accidentelle d'une veine rachidienne, les hématomes sous la dure-mère et les apoplexies corticales se rompant dans les méninges ; mais la teinte sanguinolente du liquide cérébro-spinal n'est pas comparable à l'abondance du sang qu'on y constate lorsque l'hémorragie provient des ventricules.

Fürbringer a remarqué que le liquide se reproduit très rapidement ; au bout de 2 ou 3 jours, on en trouve autant et plus qu'avant la ponction. Il lui est arrivé aussi de faire des ponctions ne donnant écoulement qu'à une ou deux gouttes, mais ce sont là des cas pathologiques.

V. — *Stadelmann* est contraire à l'emploi, dans la pratique privée, chez les adultes, de l'opération de Quincke, car chez les malades indociles, on rencontre quelquefois de grandes difficultés ; il lui est arrivé chez un homme de laisser, dans les vertèbres, la pointe rompue de ses deux premières aiguilles, avant de réussir dans une troisième tentative. Quant à l'aspiration du liquide, on ne saurait s'en passer, si l'on opère dans le décubitus latéral indiqué par Quincke ; peut-être en est-il autrement quand le malade est assis. Le principal avantage de ces ponctions est pour le diagnostic différentiel entre la méningite suppurée, la méningite tuberculeuse et l'abcès cérébral : dans la méningite tuberculeuse, liquide clair renfermant des bacilles tuberculeux ; dans la méningite

suppurée, liquide trouble ou même purulent contenant d'autres microorganismes, tels que staphylocoques, streptocoques, pneumocoques; dans l'abcès cérébral, liquide à la fois clair et stérile. Mais seuls sont probants les résultats positifs, car Stadelmann relate un cas dans lequel, malgré l'existence d'une méningite suppurée vérifiée par l'autopsie, le liquide crânio-rachidien était parfaitement clair et ne contenait ni éléments figurés ni microorganismes. Ce fait, qui concerne une otite chronique, est également la preuve que, contrairement à l'opinion de Lichtheim, une méningite peut rester longtemps bornée à l'encéphale; ce qui semble démontrer que les mouvements du liquide crânio-rachidien ne sont pas toujours très étendus. On est donc en droit de se demander si une ponction lombaire, en activant le courant du liquide, ne peut transporter des agents morbides de la cavité cérébrale dans la médullaire et généraliser une infection. Stadelmann émet l'idée que les douleurs occasionnées parfois par l'aspiration et les quantités très variables du liquide évacué sont passibles d'une même explication : l'interruption ou l'étroitesse des orifices de communication avec le troisième ou le quatrième ventricule. J. B.

Sur la présence du diplocoque de Frænkel dans le sang, les urines et les fèces de malades atteints de méningite cérébro-spinale épidermique, par Italo RIGHI (*Riforma med., nos 146, 147 et 148; 24, 25 et 26 juin 1895*).

Le pneumocoque paraît être l'agent microbien principal, sinon exclusif, de la méningite cérébro-spinale épidémique.

Dans trois cas particulièrement étudiés au point de vue bactériologique par Righi, le pneumocoque a été retrouvé pendant la vie, dans le sang, les urines et les matières fécales (pour ces dernières, dans un cas seulement) ; ces résultats prouvent que la méningite cérébro-spinale n'est qu'une variété de pneumococcie primitive.

L'existence du microbe dans l'urine et les matières fécales permet d'expliquer les épidémies de foyer que l'on rencontre surtout dans les milieux pauvres, où les mesures de désinfection ne sont pas prises.

G. LYON.

Ueber Pachymeningitis cervicalis hypertrophica, par KÖPPEN (*Berlin. klin. Woch., n° 49, p. 1121, 3 décembre 1894*).

1° Homme de 50 ans, ayant contracté la syphilis il y a 19 ans. Il fut pris de pachyméningite cervicale hypertrophique qui dura 8 mois. En dernier lieu, il avait de la paralysie spasmodique des quatre membres et de l'atrophie des petits muscles des mains ainsi que des muscles de l'épaule, dénoncée à l'exploration électrique soit par une diminution de l'excitabilité, soit par la réaction de dégénérescence ; puis des troubles de la sensibilité dans les muscles paralysés. Le diaphragme était inerte, d'où difficulté de la parole. Le nerf optique atrophié était seul lésé parmi les nerfs craniens et l'intelligence était intacte. Mort par broncho-pneumonie.

A l'autopsie, pharyngite fibreuse, indurations dans le foie, les reins et les testicules. Epaississement énorme des méninges cervicales et épaississement partiel limité au segment postérieur des méninges dorsales, sans autre altération du système nerveux central. A l'intérieur des méninges médullaires, amas de noyaux surtout dans la couche entre la dure-mère et l'arachnoïde et

entre les racines nerveuses. La moelle épinière, bien qu'ayant conservé sa forme extérieure, présentait, surtout dans la substance blanche, une diminution et une destruction de l'élément nerveux, avec proliférations nucléaires à l'intérieur des cloisons et des testicules de la névroglie, principalement à l'entour des vaisseaux. Les vaisseaux méningés et médullaires offraient un épaississement de leurs tuniques interne et adventice.

2° Femme de 51 ans, à antécédents syphilitiques incertains. Apparition des premiers troubles morbides il y a 9 ans avec progression rapide pendant les cinq derniers mois. Paralysie spasmodique des quatre extrémités, plus marquée à gauche; atrophie des petits muscles des mains. Emoussement de la sensibilité, surtout à gauche. En dernier lieu, démence. Outre l'atrophie des nerfs optiques, seuls nerfs craniens envahis vers la fin, il y avait eu précédemment anesthésie du trijumeau.

Autopsie bornée au système nerveux central : Ependymite, dilatation des ventricules, épaississement de la pie-mère à la base du crâne, fort épaississement et soudure des méninges de toute la périphérie de la moelle cervicale, et du segment postérieur des méninges au reste de la moelle épinière. Cet épaississement était sensiblement fibreux et l'hyperplasie nucléaire était beaucoup moindre que dans le premier cas. La moelle présentait de la dégénération morbide marginale, une légère dégénération des cordons latéraux et postérieurs, sans prolifération de noyaux. Les racines nerveuses étaient en somme normales. J. B.

Ueber einen eigenartigen Symptomencomplex, etc. (Sur un syndrôme particulier consistant dans la combinaison d'une imbécillité congénitale avec une atrophie musculaire progressive; nouvelle contribution aux maladies nerveuses héréditaires), par HOFFMANN (*Deutsche Zeitschrift f. Nervenh.*, *VI*, *p. 150*).

Il s'agit d'une famille de 6 enfants dont 4 (3 garçons, 1 fille) étaient atteints de cette maladie; deux enfants d'une grand'tante paternelle en auraient également souffert. Ces sujets présentaient dès l'enfance un développement intellectuel insuffisant, à tel point qu'ils ne pouvaient suivre l'école; en outre des troubles plus ou moins accentués de la marche, de l'exagération des réflexes rotuliens. Hoffmann élimine l'hypothèse que ce soient là des cas de diplégie cérébrale infantile, il pense qu'il s'agit d'une affection des premier et deuxième neurones moteurs. PIERRE MARIE.

Troubles du nerf trijumeau au cours des paralysies oculo-motrices, par F. BENOIT (*Revue de méd.*, *juillet et août 1895*).

La coexistence sur un même sujet de paralysies oculaires et de troubles du trijumeau semble assez fréquente, puisque l'auteur, outre 4 cas personnels, a pu en réunir 81. Les paralysies oculaires peuvent être totales, ou tronculaires ou dissociées; l'ophtalmoplégie étant externe ou interne, ou partielle du moteur oculaire commun.

Le trijumeau, de son côté, montre une très grande variété de réactions symptomatiques. Il peut être frappé dans les fonctions sensitive, motrice, trophique ou vaso-motrice, dont il est le conducteur. Sa sensibilité peut réagir suivant le mode douloureux : paresthésies simples, hyperesthésies ou névralgies, ou suivant le mode anesthésique qui a, lui aussi, ses degrés. Quelquefois le second est l'aboutissant du premier. L'anesthésie se distribue de 3 façons différentes : 1° sur la totalité de la face

anesthésie totale ; 2° dans les limites d'une ou de plusieurs des trois branches du trijumeau : anesthésie territoriale ; 3° elle présente des zones dont les limites sont nettes, mais ne rappellent aucune disposition anatomique : anesthésie parcellaire.

Les muscles masticateurs peuvent être paralysés avec ou sans atrophie, ou atrophiés sans paralysie. Les symptômes les plus variés dépendent des troubles trophiques et vaso-moteurs : ulcère cornéen neuro-paralytique, hémiatrophie de la face, chute des dents avec ou sans résorption osseuse dans le maxillaire supérieur, arthrite temporo-maxillaire et œdème de la face.

D'une manière générale, les syndromes ainsi constitués traduisent soit une lésion locale des régions traversées par les nerfs trijumeaux et oculomoteurs, soit une affection du système nerveux central ou périphérique. Dans quelques cas, la maladie nerveuse semble être systématique.

Au point de vue de la localisation de la lésion causale, un certain nombre d'observations peuvent se répartir entre trois types cliniques, dont les caractères concordent assez constamment entre eux :

Le *type basilaire*, où la lésion causale siège à la base du crâne ; les ophtalmoplégies y sont totales ou tronculaires et, en tout cas, ne sont jamais dissociées. Le trijumeau y est également pris dans toute sa totalité ou dans une ou deux de ses branches ;

Le *type nucléaire diffus* dans lequel les lésions siègent sur les noyaux et faisceaux bulbaires, d'une manière non systématique. Ce type, moins bien défini que le précédent, se caractérise par des ophtalmoplégies qui peuvent être totales, mais qui affectent le plus souvent, ou ont affecté à un certain moment, la forme dissociée parcellaire. Le trijumeau y présente des troubles moteurs et sensitifs ; ces derniers se distribuent, dans certains cas, suivant le mode parcellaire et fort rarement suivant le mode territorial ;

Le *type moteur*, dont la lésion causale est une affection systématique de l'axe gris moteur de la moelle et du tronc cérébral et qui se caractérise par l'absence de tout trouble sensitif. Les ophtalmoplégies y sont également le plus souvent nucléaires, elles s'accompagnent de troubles masticateurs : paralysie, atrophie unilatérale des muscles masticateurs. Ce type peut s'accompagner de paralysie faciale, assez souvent de celle des muscles de la nuque ou de la ceinture scapulaire et, enfin, peut léser jusqu'aux muscles du tronc ou des extrémités. C. GIRAUDEAU.

Ein Beitrag zur Ätiologie der multiplen Neuritis in den Tropen (Contribution à l'étiologie des névrites multiples sous les tropiques), par Max GLOGNER (*Arch. f. pathol. Anat.*, *CXL*, 2).

L'observation d'un grand nombre de névrites, accompagnées d'élévation de température, permet à Max Glogner d'affirmer qu'il s'agit là d'affections déterminées par la malaria des régions tropicales. Jusqu'aujourd'hui on a attribué ces troubles au béribéri, dans les régions du moins où cette dernière maladie est endémique.

Dans un certain nombre de cas, on trouve dans le sang l'hématozoaire de Laveran ; dans d'autres cas, on rencontre un plasmode de forme différente.

Ces faits rendent vraisemblable l'opinion de certains auteurs, à savoir que le béribéri n'est qu'une des formes de la malaria.

ÉD. RETTERER.

Polyneuritis und Neuronerkrankungen (Polynévrites et maladies des neurones), par GOLDSCHEIDER et MOXTER (*Fortschritte der Med., XIII, p. 557 et 597, 1895*).

De deux cas de polynévrite les auteurs concluent que certaines influences, lésant les nerfs périphériques, peuvent aussi atteindre la moelle, provoquant une névrite centrale. On peut admettre que les parties centrales des neurones qui sont atteints dans les polynévrites, sont également lésées; la névrite périphérique s'est complétée en s'étendant à tout le neurone, ce qui est dû sans doute à l'intensité de l'action nocive. Dans d'autres cas, pour des raisons inconnues, la lésion se localise à la partie spinale du neurone.

C. LUZET.

I. — Zur Diagnostik der Facialislähmung, par Hermann OPPENHEIM (*Berlin. klin. Woch., n° 44, p. 691, 29 octobre 1894*).

II. — Beitrag zur Symptomatologie der peripheren Facialislähmung, par Ludwig MANN (*Ibid., n° 53, p. 1192, 31 décembre 1894*).

I. — Oppenheim signale quelques difficultés du diagnostic des paralysies faciales périphériques, provenant de complications.

1° Il rapporte d'abord l'histoire d'une femme de 32 ans qui, endormie sur une chaise, fut réveillée brusquement par une chute sur le côté gauche de la tête. Immédiatement, elle eut une hémiplégie faciale gauche, puis une perte absolue de la parole durant 3 jours et enfin une période pendant laquelle elle ne pouvait s'exprimer qu'en chuchotant; enfin 3 semaines après l'accident, elle fut prise de convulsions généralisées. Actuellement, outre les symptômes d'une paralysie faciale périphérique, elle offre de l'anesthésie de tout le côté gauche du corps, un affaiblissement de la vision centrale et un rétrécissement concentrique du champ visuel de l'œil correspondant à l'hémiplégie et à l'hémianesthésie. Il est évident que la chute et l'émotion occasionnée par elle ont provoqué le développement de deux états morbides distincts, d'une paralysie faciale et d'une hystérie. Comme circonstances prédisposantes, il faut noter que cette femme est sujette aux hémorragies et que son père est alcoolique.

2° Syphilitique de 36 ans, atteint d'hémiplégie droite avec contracture et de paralysie de toutes les branches du facial du même côté; cette coexistence serait inexplicable s'il ne s'agissait pas d'une syphilis qui a donné lieu à 2 foyers cérébraux distincts, l'un, plus ancien, dans la substance blanche de l'hémisphère gauche, l'autre, plus récent, au côté droit de la base de l'encéphale. Chez cet homme, le goût est intact, de sorte que sa paralysie faciale présente un caractère mixte à la fois périphérique et central.

3° Homme de 58 ans présentant une ophtalmoplégie double presque complète, de l'analgésie des trijumeaux, etc., qu'Oppenheim rapporte à une ataxie locomotrice atypique. Depuis peu de jours, il a été pris en outre de phénomènes simulant à première vue une paralysie du facial buccal, de l'hypoglosse et des muscles masticateurs gauches. En réalité, il s'agit d'un hémipasme glosso-labio-maxillaire de nature hystérique apparu à la suite d'une violente émotion.

II. — Dans deux cas de paralysie périphérique du facial, Mann a remarqué qu'un seul et même muscle, l'orbiculaire labial, était resté indemne. T. Cohn

lui communique 4 observations d'hémiplégie faciale avec réaction de dégénérescence complète et intégrité de l'orbiculaire labial; dans 3 entre eux l'orbiculaire palpébral était aussi resté plus ou moins indemne, et dans 2 il en était de même de l'élévateur de la lèvre supérieure. Enfin dans un 5e cas, l'orbiculaire palpébral et l'élévateur de la lèvre supérieure étaient intacts, tandis que l'orbiculaire labial était paralysé comme le reste des muscles de la face.

Il résulte de ces faits que contrairement à l'opinion de Gowers, l'intégrité de l'orbiculaire labial ne se rencontre pas uniquement dans les paralysies tenant à une affection du noyau du facial. J. B.

Nouvelles considérations sur la maladie de Parkinson, par Gabriel GAUTHIER (*Lyon méd., 20 octobre 1895*).

Depuis la publication de son premier travail (Voy. *R. S. M.*, XXXIII, 115), G. a observé 13 nouveaux cas de paralysie agitante dont il donne le résumé. Il montre par le détail de ces faits qu'ils confirment complètement les idées émises à ce moment, savoir l'indépendance des troubles musculaires de toute lésion nerveuse, au début. Le système musculaire est primitivement atteint et ce trouble est le résultat de la phosphaturie qu'on constate dans presque tous les cas, due elle-même à des fatigues musculaires exagérées auxquelles peuvent se joindre accessoirement et secondairement d'autres causes comme l'émotion, l'alimentation trop végétale. Parmi les moyens thérapeutiques à employer, G. conseille d'essayer les injections de suc musculaire. A. C.

Les petites hémoptysies dans la tuberculose pulmonaire et les perturbations atmosphériques, par J.-A. VAN RYN (*Journ. Soc. des Sciences méd. et natur. de Bruxelles, n° 11, 1895*).

Résultats d'observations faites sur un millier de tuberculeux à Davos, dans la clientèle de L. Spengler.

La grande majorité des petites hémoptysies, c'est-à-dire de celles qui consistent en l'expectoration d'un certain nombre de crachats plus ou moins sanguinolents, survient les jours où il y a, simultanément, faible pression barométrique et vent du sud (le foehn des altitudes) ou, s'il n'y a pas ces deux éléments réunis, les jours où au moins règne le vent du sud, quel que soit l'état du baromètre.

Les autres facteurs météorologiques, température, rayonnement solaire, humidité, nébulosité, précipités atmosphériques n'ont pas d'influence sur l'apparition des hémorragies.

Les hémoptysies graves se trouvent dans une certaine mesure sous la dépendance des mêmes conditions atmosphériques que les petits crachements de sang. J. B.

Sur l'étiologie de la pleurésie, par Kr. THUE (*Norsk. Magazin, supplément, mars 1895*).

Ce travail est basé sur l'examen de 35 pleurésies séreuses et 23 empyèmes. Parmi les pleurésies séreuses, il y avait un cas de pneumothorax tuberculeux, un cas accompagnait un rhumatisme articulaire aigu, un troisième était de nature cancéreuse; dans les autres cas, le poumon était intact lors de l'hospitalisation.

Mais, observés après leur sortie de l'hôpital, 60 0/0 des malades sont devenus tuberculeux; il est possible que d'autres encore fussent atteints de tuberculose.

Sur 30 cas examinés au point de vue bactériologique, 18 donnèrent des résultats négatifs. Dans les 12 cas positifs, on constata : 1 fois le bacille de Koch, 1 fois un streptocoque, 2 fois des cocci indéterminés, 1 fois les deux staphylocoques, 3 fois le staphylocoque blanc seul, 1 fois le staphylocoque blanc et la virulence tuberculeuse par inoculation, 2 fois la virulence tuberculeuse par inoculation, 1 fois le micrococcus cereus.

Le rôle du refroidissement a pu être relevé dans 4 cas, mais dans un de ces cas la tuberculose était indubitable, dans un autre très probable.

Sur les 23 empyèmes, 14 étaient métapneumoniques et contenaient des pneumocoques. On trouva, en outre : 1 fois des streptocoques purs, 1 fois des streptocoques dans un empyème putride, 2 fois des streptocoques et bactéries saprophytes (empyèmes putrides), 1 empyème compliqué de fistules avec strepto et staphylocoques, 2 avec staphylocoques blancs, dont un tuberculeux, 2 sans bactéries dont un pyémique, l'autre tuberculeux, 1 pyopneumothorax avec bacilles de Koch. H. FRENKEL.

Bactériologie clinique et thérapie des empyèmes, par KONDRATOWITCH (*Thèse de Saint-Pétersbourg, 1895*).

Examen bactériologique des crachats et du pus pleural chez 11 malades. Les empyèmes sont toujours d'origine microbienne. Si l'on ne trouve pas de microbes dans le pus des empyèmes tuberculeux, cela tient aux difficultés techniques. La pleurésie métapneumonique est une forme fréquente de l'empyème : dans ces cas on trouve le diplocoque lancéolé. Le diplocoque lancéolé conserve longtemps sa végétabilité dans le pus pleural. Cette forme de l'empyème a une évolution relativement bénigne : température peu élevée, état général bon. Les empyèmes à streptocoques ont une marche plus grave : haute température, mauvais état général. Les pleurésies à pneumocoques ne doivent pas être traitées par la ponction. Chez les tuberculeux, il faut se guider, dans le choix du procédé opératoire, par les résultats de l'examen bactérioscopique et par l'état général du malade. H. FRENKEL.

Su due casi di pleurite ad essudato emorragico, par G. LIPARI (*Il Morgagni, p. 62, janvier 1895*).

Dans le 1er cas, il s'agit d'une femme de 24 ans, chez laquelle la pleurésie franche fut hémorragique d'emblée et guérit complètement. Dans le 2e, d'un homme de 61 ans, atteint d'athérome diffus, dont la pleurésie devint hémorragique à une période plus avancée et s'améliora considérablement à la suite de ponctions. GEORGES THIBIERGE.

Étude sur les abcès sous-phréniques, par M. LANG (*Thèse de Moscou, 1895*).

Sur 22 cadavres, Lang a trouvé que le tissu rétro-péritonéal de la région lombaire présente quelquefois deux couches séparées l'une de l'autre par une traînée véritable de tissu conjonctif au niveau du rein; au-devant de cette traînée, la couche graisseuse et lâche pénètre

dans les replis péritonéaux et mésentériques; en arrière, elle communique avec le tissu analogue des régions voisines.

Au point de vue clinique, l'auteur a réuni 170 cas, dont trois personnels. La lésion primitive siégeait : dans l'estomac, 42 fois ; dans le duodénum, 10 fois; dans les autres parties de l'intestin, 15 fois; dans le cœcum, 26 fois; dans le foie, 9 fois; dans les voies biliaires, 17 fois ; dans la rate, 6 fois; dans les organes génitaux de la femme 4 fois; dans les reins, 3 fois; dans le thorax, 6 fois; affections générales, 3 cas; origine inconnue, 35 cas.

Les terminaisons observées sont : pleurésies séreuses, 41 cas; empyèmes, 16 cas; péricardites, 16 cas; symphyse diaphragmatico-pulmonaire, 19 cas; ulcération de diaphragme, 7 cas; perforation dans le poumon, 34 cas; dans la plèvre, 23 cas; dans le péricarde, 3 cas.

Le traitement par la ponction n'a donné que 14,3 0/0 de guérisons, l'incision transpleurale a donné 52,5 0/0 de guérisons, l'incision abdominale a donné 51,8 0/0 de guérisons.

L'auteur préfère le procédé de Lannelongue, avec résection du bord inférieur du thorax pour aborder la face convexe du foie sans ouvrir la plèvre. H. FRENKEL.

Metodo particolare di determinazione dell' area cardiaca, par C. GAJASCHI (*Broch. in-8° de 64 p., Parme, 1895*).

La base de cette méthode est la détermination du siège de la pointe du cœur et des valvules pulmonaires.

De constatations faites sur 54 cadavres, l'auteur conclut que le cœur peut occuper dans le thorax trois positions principales : dans la position haute, les valvules pulmonaires occupent le 1er espace intercostal et la pointe le 4e ; dans la position moyenne, les valvules pulmonaires occupent le 2e espace et la pointe le 5e ; dans la position basse, les valvules pulmonaires occupent le 3e espace (ou le 2e) et la pointe le 6e ou le 7e. La position haute est due à une conformation spéciale du thorax ; la position moyenne est la normale ; la position basse est due à l'allongement du pédicule cardiaque ou du cœur, ou des deux simultanément, ou à l'abaissement en masse du cœur par le fait de l'emphysème ou de la cirrhose pulmonaire.

La détermination de la pointe du cœur se fait par l'auscultation quand on ne peut pas percevoir le choc sur la paroi. Le choc de la pointe ne coïncide parfois pas avec la courbe de la pointe indiquée par la percussion; dans ces cas, pour déterminer la direction du sillon interventriculaire, il faut prendre le milieu de cette courbe comme point de repère.

La détermination du siège des valvules pulmonaires se fait par la palpation, qui permet de reconnaître un choc diastolique, par l'auscultation, qui fait reconnaître l'accentuation du deuxième temps lorsqu'elle existe, ou par la percussion ; l'auteur indique les moyens assez compliqués par lesquels on peut, de ces données, remonter à la détermination exacte du siège des valvules.

Sur ces données, on peut construire le tracé du cœur : la distance de la pointe aux valvules pulmonaires donne la longueur des ventricules;

le sillon auriculo-ventriculaire droit, seul important, peut être déterminé graphiquement, en partant du siège des valvules pulmonaires; il est d'autant plus écarté de l'axe du cœur que les ventricules sont plus longs. GEORGES THIBIERGE.

La symphyse cardiaque d'origine rhumatismale, par MERKLEN (*Congrès de méd. Bordeaux*, *1895*).

Bien que mieux caractérisée que les autres symphyses, celle-ci est souvent méconnue, parce qu'elle est rarement pure et presque toujours associée à des lésions de l'orifice mitral et même de l'orifice aortique par endocardite chronique. Dans ces cas, la symphyse échappe à l'examen si l'on n'a soin de pratiquer l'exploration méthodique de la région précordiale. Le diagnostic présente un réel intérêt au point de vue du pronostic des cardiopathies rhumatismales chroniques.

Dans tous les cas de Merklen, il s'agissait à la fois d'endocardite chronique et de symphyse. Celle-ci se caractérisait par un syndrome toujours identique: soulèvement en masse de la région précordiale avec dépression systolique des régions sternocostales, inférieure et épigastrique; grande matité cardiaque, rappelant celle des épanchements péricardiques et ne se modifiant pas sous l'influence des changements d'attitude; asystolie à répétition. De l'existence de la symphyse on peut conclure, d'une manière à peu près certaine, à la non-intégrité du myocarde, c'est-à-dire à l'infirmité cardiaque. En effet, la symphyse n'est pas une affection autonome; ce n'est qu'une fraction d'une véritable pancardite, c'est-à-dire d'une endo-myo-péricardite chronique. L. GALLIARD.

Cyanose et hyperglobulie; inversion viscérale, par G. HAYEM (*Médecine moderne*, *p. 397*, *22 juin 1895*).

Homme de 23 ans, présentant une inversion du cœur et des viscères abdominaux; cyanose, dyspnée habituelle; souffle intense, commençant avec le 1er bruit du cœur et persistant jusqu'au claquement du 2e bruit, rude, s'entendant de la 2e côte droite à la partie inférieure de la 4e, se propageant vers les clavicules. Examen du sang : 7,523,000 globules rouges, 9,920 globules blancs, valeur globulaire des hématies 0,76. Hayem pense que l'hyperglobulie est le résultat de l'insuffisance de l'hématose, qui nécessite un fonctionnement plus actif des globules rouges et provoque ainsi leur production excessive. Il rejette l'hypothèse qui attribue l'hyperglobulie au fonctionnement exagéré des organes hématopoiétiques et considère au contraire l'hypertrophie de ces organes comme la conséquence de la production exagérée de globules rouges.

GEORGES THIBIERGE.

Les formes frustes et associées de la maladie de Stokes-Adams, par HUCHARD (*Archives de méd.*, *septembre 1895*).

Huchard comprend sous le nom de maladie de Stokes-Adams tous les faits d'artério-sclérose cardio-bulbaire, et élimine les faits où le pouls lent permanent est d'origine nerveuse (compression de la moelle, etc.). Dans le premier cas, il y a souvent des phénomènes associés (urémie, angine de poitrine, maladie de Ménière, etc.). Dans le second cas, ces accidents font toujours défaut. Il existe des formes frustes de la maladie

de Stokes-Adams, sans pouls lent permanent, avec pouls lent permanent, considéré comme physiologique, avec faux pouls lent permanent du rythme couplé du cœur, avec pâleur de la face, se terminant fréquemment par la mort subite. Il y a aussi des formes associées (à la lésion des reins, du myocarde, de l'estomac). Enfin la maladie de Stokes-Adams n'étant qu'une claudication intermittente du bulbe et du cœur réclame une thérapeutique spéciale (iodures, trinitrine, nitrite d'amyle, café). H. L.

Contribution à l'étude de la péricardite à pneumocoques, par L. VIGNAU (*Thèse de Paris*, *1895*).

La péricardite à pneumocoque se rencontre chez l'adulte; elle est le plus souvent une lésion métastatique, ayant pour point de départ une pleuro-pneumonie ou une broncho-pneumonie ; parfois, elle est primitive. L'épanchement est, par ordre de fréquence, purulent, séro-fibrineux ou hémorragique. La péricardite peut exceptionnellement être sèche.

La maladie passe le plus souvent inaperçue ; le pronostic est particulièrement grave, surtout du fait de l'infection générale qui accompagne presque toujours la péricardite. H. BOURGES.

I. — Zur Casuistik gestielter Herzpolypen (Polypes pédiculés du cœur), par KRUMM (*Deutsche Arch. f. klin. Med.*, *LIV*, *p. 189*).

II.—Beitrag zum Studium der Symptomatologie der Neubildungen des Herzens....., par R. PAVLOWSKY (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 18*, *p*, *393 et n° 19*, *p. 413*, *6 et 13 mai 1895*).

I. — Chez une femme de 44 ans, chez laquelle on vit survenir successivement de la gangrène des deux jambes, sans qu'il fût possible de trouver aucun symptôme anormal cardiaque pendant la vie, l'auteur a trouvé à la pointe du ventricule gauche un thrombus de 4 centimètres de haut, solidement attaché à la paroi du cœur par un pédicule. C. LUZET.

II. — Femme de 55 ans, ayant depuis 6 mois des palpitations et de l'oppression ; puis survinrent de la gêne respiratoire, de la toux et de la faiblesse. Etat à l'entrée : pouls radial, égal des deux côtés, petit, un peu accéléré. Choc de la pointe cardiaque faible, diffus, perceptible dans les cinquième et sixième espaces intercostaux. Matité du cœur accrue dans ses deux diamètres. Souffle systolique doux à la pointe, où le second bruit est obscur de même que les deux bruits aortiques. 28 respirations par minute. Ni œdème, ni cyanose, ni albuminurie. Râles disséminés. Dysphagie par moment. Durant les 11 premiers jours peu de changements, si ce n'est que le souffle d'insuffisance mitrale disparaissait parfois entièrement. Alors survinrent de nombreuses parésies passagères reparaissant à plusieurs reprises et atteignent le côté gauche, puis le côté droit de la face, la main droite, en se limitant d'abord aux deux derniers doigts, les yeux (diplopie), la langue, les muscles de la déglutition ; subsistèrent le plus longtemps les déviations à gauche de la pointe linguale et de la luette. En même temps l'humeur de la malade changeait journellement : tantôt nerveuse, irritable, faible et triste, tantôt calme, gaie, énergique. A deux reprises durant cette période, elle eut des accès de palpitations avec suffocation, cyanose, sueurs et perte passagère de la connaissance. Le souffle systolique, constant dans le décubitus, cessait dans l'attitude assise que la malade ne pouvait tolérer. Dans les cinq derniers jours de la vie, hémopty-

sies, refroidissement et cyanose des extrémités, œdème des pieds, et mort un mois après l'admission.

Autopsie : l'oreillette gauche renferme une tumeur conique, lobuleuse, ressemblant à une grappe de raisin, insérée par un pédicule long et épais de 2 centimètres sur la paroi postérieure. Cette tumeur a 8 centimètres de longueur sur 6 de largeur; elle est de couleur rouge sombre dans sa partie supérieure recouverte de caillots fibrineux, et jaunâtre demi transparente, de consistance gélatineuse dans sa partie inférieure. Quand le cœur est placé verticalement, la partie inférieure de la tumeur pénètre dans le ventricule gauche et se place entre les valves de la mitrale qu'elle recouvre. Il s'agit d'un myxome.

Pavlowsky fait suivre son observation des 10 cas de tumeurs de l'oreillette gauche qu'il a trouvés dans la littérature. Depuis lors ont encore été publiés deux faits, l'un de Robin (*R. S. M.*, XLIII, 448), l'autre de Marchand (*Berlin. klin. Woch.*, 1894, n° 1). Les 10 cas comprennent 7 myxomes d'espèces variées et sont dus à Lorne (*Bull. Soc. anat. Paris*, 1869), Bamberger (*Wiener med. Woch.*, 1872), Wiegandt (*St-Petersb., med. Woch.*, 1876), Salvioli (*Riv. clinic. di Bologna*, 1878), Boström (*Sitzungsser. d. Erlangen physic-med. Gesellch.*, 1880), Virchow (*Charité-Annalen*, 1881) et Martinotti (*Gaz. del. cliniche*, 1886); les 3 autres cas sont des fibromes; ce sont ceux de Kottmeier (*Virchow's Archiv*, 1862), Waldvoget (*Thèse*, 1885) et Juergens (*R. S. M.*, XXXIX, 464).

J. B.

Corps thyroïde et maladie de Basedow, par BRISSAUD, RENAUT, JOFFROY, GLEY, BALLET et ENRIQUEZ (*Congrès des méd. alién. et neurol. Bordeaux*, *1895*).

Il y a deux opinions en présence : d'après l'une, la maladie de Basedow est une affection primitivement encéphalique, bulbo-protubérantielle; d'après l'autre, c'est une auto-intoxication à réactions nerveuses.

Pour concilier les deux théories, on peut dire que la cause de la maladie peut être la viciation de la sécrétion thyroïdienne, mais que la cause des symptômes est la localisation du poison dans la protubérance et le bulbe.

Charcot a dit : « La lésion n'est rien, la localisation est tout. » Il faut considérer le goitre exophtalmique non comme une maladie mais comme un syndrome. Le signe prédominant est la tachycardie.

Les lésions de la glande thyroïde sont constantes, mais elles n'offrent rien de spécifique. D'ailleurs, en étudiant soigneusement la structure de 25 corps thyroïdes prélevés au hasard sur des sujets adultes, n'ayant jamais eu le moindre symptôme de maladie de Basedow, Brissaud est arrivé à conclure qu'à la suite des maladies chroniques cet organe n'est jamais sain.

Au lieu d'être simple et autonome, le syndrome de Basedow peut survenir à la suite d'états nerveux dynamiques ou organiques; ou bien il inaugure une série d'accidents névropathiques. L'épilepsie, l'hystérie, la chlorose, le tabes, la syringomyélie, la sclérodermie, le chorée, la folie sont les maladies qui se combinent le plus souvent avec le goitre exophtalmique.

Renaut, à propos de la théorie thyroïdienne, rappelle qu'il a mis deux faits en lumière : l'existence d'un type particulier de fièvre liée au goitre

exophtalmique; l'existence constante, chez les basedowiens, d'une variété particulière de thyroïdite : sclérose intra-lobulaire effaçant les voies lymphatiques, sauf dans les intervalles des lobules, d'où il résulte que les toxines sécrétées par la glande, ne pouvant plus passer dans les lymphatiques, se déversent uniquement dans les veines.

Sur un lobe de thyroïde provenant d'une fille de 20 ans, atteinte de maladie de Basedow, Renaut a pratiqué une injection de mélange osmio-picro-argentique. Cette injection a développé au maximum les espaces lymphatiques interlobulaires, mais elle n'a pénétré dans aucun des lymphatiques intralobulaires.

Quant aux éléments de la glande, Renaut est d'accord avec Brissaud pour décrire une cirrhose hypertrophique thyroïdienne. Entre les grains à contenu colloïde d'apparence normale, on rencontre constamment des boyaux glandulaires jeunes, néoformés; tout ce parenchyme néoformé s'est fixé là où les lymphatiques n'existent plus.

Lorsqu'on colore à l'aide de l'éosine hématoxylique, on voit la matière colloïde se teinter fortement en rose dans les grands lymphatiques interlobulaires et dans les grains marginaux, tandis qu'elle résiste presque complètement au réactif dans les grains centraux et complètement dans les grains néoformés. De même, chez le fœtus, la substance brillante des grains est réfractaire à la coloration rose. Donc le parenchyme, revenu à la forme embryonnaire, sécrète une substance spéciale : la *thyromucoïne* (thyroïdine fœtale) qu'on peut considérer comme toxique; cette substance n'est pas résorbée par les lymphatiques mais par les veines. Au contraire la thyroïdine adulte, ou *thyrocolloïne* est relativement inoffensive.

La lésion de la thyroïde est aussi bien liée à la maladie de Basedow que l'hypersécrétion du glycogène hépatique reste liée au diabète.

Gley affirme que personne n'a reproduit, jusqu'à présent, les symptômes de la maladie de Basedow par les injections de liquide thyroïdien.

La théorie de l'hyperthyroïdisation est défendue par Ballet et Enriquez. En faisant ingérer des corps thyroïdes à des chiens ils ont provoqué la fièvre, la tachycardie, l'excitation nerveuse; résultats plus marqués et plus rapides par les injections de suc thyroïdien. Ballet et Enriquez montrent des préparations de corps thyroïde provenant d'un malade atteint de maladie de Basedow : la cirrhose hypertrophique de Brissaud et Renaut n'y existe pas.

Joffroy résume la discussion en disant : « Il y a dans cette maladie un mauvais fonctionnement du corps thyroïde, une sécrétion viciée, pathologique, anormale, probablement toxique. On n'emploiera la médication thyroïdienne qu'avec la plus grande prudence. L. GALLIARD.

Le thyroïdisme et le thyroprotéidisme et leurs équivalents pathologiques, par L. REVILLIOD (*Revue méd. Suisse romande*, *XV*, *n° 8*, *p. 413*, *août 1895*).

Thyroïdisme et thyroprotéidisme veulent dire intoxications par deux substances différentes qui se trouvent dans le corps thyroïde, où elles peuvent être modifiées dans leur quantité ou leur qualité, modifications qui entraînent un état morbide spécial; ces deux substances sont antagonistes, corrigeant chacune les effets nocifs de l'autre. La 1re correspond

au type Basedow, la 2e au type myxœdème, qui, quoique bien distincts, peuvent se confondre chez le même individu.

La cachexie myxœdémateuse ou thyroprotéidisme peut résulter : 1° d'un excès de thyroprotéide ; 2° d'une insuffisance de la sécrétion thyroïdienne. D'autre part, la cachexie basedowienne ou thyroïdisme peut provenir : 1° d'une insuffisance de substance thyroprotéide ; 2° d'un excès de sécrétion interne thyroïdienne.

Un goitre énorme est cependant souvent compatible avec l'intégrité de la santé, parce que les deux substances antagonistes y sont en proportions convenables pour se contre-balancer ; inversement, les symptômes thyroïdiens peuvent être très prononcés avec un corps thyroïde n'offrant rien de saillant, parce que la substance protéide est restée disséminée dans tout l'organisme ou qu'il y a excès de sécrétion interne.

La destruction de la thyroprotéide par la sécrétion thyroïdienne doit être considérée comme équivalente des fonctions dépuratives du foie et de la rate. En s'appuyant sur une quinzaine d'observations qu'il relate, Revilliod trace les caractères différentiels du myxœdème et de la maladie de Basedow dans laquelle il fait rentrer un certain nombre de symptômes nouveaux qui constituent pour lui des cas frustes, des équivalents pathologiques. J. B.

I. — Étude sur la pathogénie de la maladie de Basedow, par A. BIENFAIT (*Ann. Soc. méd. chir. de Liège, 1895*).

II. — Corps thyroïde et maladie de Basedow, par Gabriel GAUTHIER (*Lyon méd., 1er septembre 1895*).

I. — Le syndrome basedowien est causé par une lésion des centres nerveux dont le siège précis se trouve au niveau du bord interne des corps restiformes et environ au milieu de leur longueur totale. Ce syndrome ne reconnaît pas une cause unique : les fonctions de son centre peuvent être altérées par lésion directe, par auto-intoxication (suc thyroïdien), par voie réflexe (polypes, etc.), par l'action des centres supérieurs (influences psychiques, hystérie).

II. — Dans cet article, G. revendique la priorité, preuves bibliographiques à l'appui, de la théorie thyroïdienne du goitre exophtalmique. (Voy. *R. S. M.*, XXXIII; 131, XLI, 582). LEFLAIVE.

Influence des gastropathies et, en général, du chlore gastrique sur la nutrition générale, par FERRANINI (*Riforma med., 14 et 15 mai 1895*).

Les modifications apportées par les affections de l'estomac au degré d'alcalinité du sang et au degré d'acidité de l'urine, celles apportées à la quantité de chlore circulant dans le sang et de chlore éliminé par les urines, le retentissement de ces affections sur la nutrition générale dépendent moins des variations pathologiques de la quantité de l'HCl sécrété dans l'estomac que de l'état de la motilité de l'estomac et du pouvoir dialysant du chlore gastrique. Ainsi, une hyperchlorhydrie, même très intense, ne diminue pas l'acidité et la chlorurie totale et ne modifie pas sensiblement la nutrition générale, si la motilité gastrique est intacte; il en est de même, en cas d'hypochlorhydrie ou d'anachlorhydrie, avec

intégrité de la motilité. Par contre, lorsqu'une hyperchlorhydrie, même légère, s'accompagne d'un affaiblissement de la motilité gastrique, elle a pour conséquence une diminution de l'acidité ou de la chlorurie de l'urine, d'autant plus grande que souvent alors le chlore gastrique présente un pouvoir dialysant inférieur à la normale ; ce trouble dans les échanges des éléments chloro-acides est un des principaux modes de retentissement des gastropathies sur la nutrition générale.

Les gastropathies qui retentissent le plus sur la nutrition générale sont celles dans lesquelles l'hypochlorhydrie ou l'anachlorhydrie s'accompagne d'un affaiblissement marqué de la motilité gastrique, et, d'autre part, celles où il existe de la gastrosucchorhée chronique, parce qu'également dans ces cas le pouvoir moteur de l'estomac est toujours affaibli.

G. LYON.

Ueber Gastritis acida, par J. BOAS (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 41*, *p. 944*, *8 octobre 1894*).

Boas a observé un certain nombre de cas de gastrite offrant la plus grande ressemblance avec la gastrite glandulaire et qui paraissaient sous la dépendance d'excès d'alcool et de tabac. Même à jeun, l'estomac renfermait beaucoup de mucus et offrait une exagération de son acidité. On distinguait à l'œil nu, dans son contenu, des fragments réticulés que le microscope révélait être des vestiges de glandes. La présence de nombreux noyaux et cellules a une grande importance diagnostique.

Les symptômes fonctionnels de l'affection sont ceux de la dyspepsie chronique.

La gastrite acide peut être différenciée de l'ulcère par l'absence de sensibilité douloureuse locale.

Le traitement comprend un régime approprié, la bonne mastication des aliments, l'abstention des alcalins (sauf pyrosis) et des acides. On doit éviter l'usage des eaux chlorurées sodiques et leur préférer les sulfatées sodiques. L'emploi du nitrate d'argent est indiqué ; mais les lavages stomacaux sont inutiles.

J. B.

I. — Die diagnostische Bedeutung der Milchsäure....., par Albert SEELIG (*Berlin. klin. Woch.*, *4 février 1895*).

II. — Milchsäure-Bildung im Magensaft......, par Manfred BIAL (*Ibid.*, *n° 6*, *p. 123*, *11 février 1895*).

III. — Bemerkungen zur diagnostischen Bedeutung und....., par J. BOAS (*Ibid.*, *n° 9*, *p. 189*, *4 mars 1895*).

I. — Boas a basé son procédé de recherche et de dosage de l'acide lactique contenu dans l'estomac, sur le fait que, chauffé en présence de substances oxydantes énergiques, cet acide se décompose en acétaldéhyde et acide formique. L'aldéhyde acétique produit immédiatement un précipité rouge dans le réactif de Nessler et un trouble plus ou moins intense, avec dégagement d'une odeur marquée d'iodoforme dans une solution alcaline d'iode. Seelig qui a expérimenté ces réactions sur un certain nombre de malades atteints d'affections gastriques, cancéreuses

ou non, les déclare trop peu caractéristiques pour pouvoir servir au diagnostic précoce du cancer de l'estomac. Conservant, en revanche, le repas d'épreuve tel que l'a imaginé Boas (*R. S. M.*, XLIV, 427), il préfère en revenir au réactif d'Uffelmann qui, employé dans ces nouvelles conditions, ne lui a donné des résultats positifs qu'en cas de cancer.

II. — Bial rapporte l'observation d'un homme encore jeune, devenu dyspeptique, à la suite de la grippe, il y a 4 ans. Peu de temps avant l'entrée de ce malade à l'hôpital, il y avait eu recrudescence de tous les troubles digestifs ; en même temps torpeur intellectuelle, lassitude générale. Peu de jours avant la mort, état soporeux, convulsions du membre supérieur droit, hallucinations et délire ; mort dans le coma. Malgré l'absence de tumeur gastrique, on avait porté le diagnostic de cancer de l'estomac en raison de l'énorme gastrectasie, le manque d'acide chlorhydrique libre et la présence d'acide lactique en abondance.

A l'autopsie, pas d'altération du système nerveux central ; cicatrices dans le rein droit, le testicule gauche et le duodenum. Hypertrophie et dilatation du cœur avec dégénération adipeuse et atrophie brune du myocarde et du foie. Estomac très dilaté avac plusieurs ulcères simples dans la région pylorique. Gastrite chronique atrophiante. L'urine, pendant la vie, ne renfermait ni albumine, ni sucre, mais des ptomaines.

III. — Réponse de Boas aux critiques qui lui ont été adressées par Rosenheim, Ewald, Strauss, Klemperer, Seelig, Bial, etc. J. B.

Beitrag zur Bakteriologie der Magengährungen, par J. KAUFMANN (*Berlin. klin. Woch., 11 et 18 février 1895*).

Chez un neurasthénique âgé de 25 ans, souffrant d'une atonie de l'estomac avec hyperchlorhydrie, Kaufmann a néanmoins constaté en tout temps la présence dans le contenu stomacal de nombreux microorganismes, comprenant la sarcine jaune, la levure blanche, le microcc. aurant. de Cohn, le staphylc. cereus alb. de Passet, les bac. subtil. et ramosus et deux espèces bacillaires nouvelles, dont l'une est le bacille de Bischler que Macfadyen, Nencki et Sieber ont décrit comme le microbe le plus commun de l'intestin grêle ; Kaufmann a retrouvé ce même bacille dans un autre cas semblable au précédent. J. B.

Contribution à l'étude des complications infectieuses du cancer gastrique, par ACHARD (*Soc. méd. des hôp., 26 juillet 1895*).

Achard rapporte une série d'observations et établit la synthèse des complications infectieuses variées qui peuvent accompagner le cancer de l'estomac.

Dans les unes, l'infection est d'origine gastrique et se fait par l'ulcération néoplasique. Elle amène soit des accidents locaux (phlegmons de la paroi stomacale, péritonite), soit au voisinage, pyléphlébites, abcès hépatiques intracancéreux, soit à distance, pleurésies, endocardites, thromboses périphériques, ou pyohémies à localisations multiples (cerveau, méninges, articulations).

Dans les autres faits l'infection pénètre l'organisme par un point quelconque ; le cancer agit d'une façon indirecte en diminuant la résistance vitale, d'où complications surtout pulmonaires, dues au streptocoque, au pneumocoque ou au bacille de Koch. H. L.

Zur Kenntniss des Mageninhalts..... (Contribution à l'étude du contenu stomacal dans le carcinome), par Bruno OPPLER (*Deutsche med. Woch.*, *n° 5*, *p. 73*, *1895*).

L'auteur a constaté la présence dans l'estomac atteint de carcinome d'un champignon microscopique qui présenterait un grand intérêt au point de vue du diagnostic précoce. Il s'agit d'un bâtonnet grêle qui se présente sous la forme de longs filaments décrivant des lignes en zigzags et en telle abondance qu'il remplit tout l'intervalle entre les autres éléments de la préparation, débris de nourriture, etc.; c'est vraisemblablement un saprophyte que Oppler n'a pu réussir à cultiver et qui se développe avec une prodigieuse intensité en l'absence de l'acide chlorydrique libre, sous l'influence d'une diminution de la contractilité. La présence d'acide lactique n'empêche pas son développement; il ne paraît jamais exister dans les cas de sténose pylorique de bonne nature ou de dilatation atonique.

La sarcine ventriculaire, au contraire, se montre tout particulièrement dans ces dernières affections et, lorsqu'elle se retrouve dans un cas de carcinome, elle coïncide toujours avec la présence d'acide chlorhydrique libre et l'absence d'acide lactique; elle disparait, dès que les progrès de la maladie amènent les conditions favorables au développement du champignon.

En résumé, les signes à tirer du contenu stomacal sont :

1° Contractilité normale (carcinome de la grande courbure ou des parois). L'acide chlorydrique manque souvent, l'acide lactique existe rarement, on trouve quelquefois des débris de la tumeur, pas de sarcines, le champignon décrit plus haut en touffes abondantes ;

2° Contractilité diminuée : A. L'acide chlorydrique existe encore (carcinome du pylore au début), on trouve des sarcines et des débris de la tumeur, pas d'acide lactique, pas de champignons caractéristiques. B. L'acide chlorhydrique n'existe plus (carcinome avancé du pylore, de la grande courbure ou des parois), l'acide lactique se trouve en quantité abondante accompagné d'innombrables bactéries; quelquefois des débris de tumeurs, pas de sarcines; tendance éventuelle à la production de gaz.

H. DE BRINON.

Sur l'entéro-hépatite suppurée, par V. BABES (*Arch. ital. de biol.*, *XXII*, *p. 124*).

L'entéro-hépatite suppurée (de la Roumanie) est un syndrome de grands abcès du foie et ulcérations particulières du côlon ascendant. Cette entérite se distingue de la dysenterie par : sa localisation au côlon ascendant, son début en infiltration phlegmoneuse du tissu profond de l'intestin, l'absence de nécrobiose superficielle, la situation transversale des ulcérations sur base pulpeuse jaune, ulcération annulaire au-dessus du cœcum, tendance au ramollissement de la paroi entière, au plegmon du tissu rétropéritonéal, à la perforation, et cela sans tuméfaction des ganglions voisins. La lésion du foie est plus récente que celle de l'intestin, et l'abcès hépatique serait dû au transport de substances irritantes de l'intestin dans le foie. Cet abcès se distingue aussi de l'abcès pylephlébitique, biliaire, pyhémique ; il contient un pus avec peu de cellules,

séreux, pâle ; avec souvent des microbes pathogènes, ou, dans d'autres cas, des amibes géantes dysentériques sans relations causale avec l'affection. L'entéro-hépatite suppurée endémique est causée par des microbes déterminés ou par un virus inconnu. DASTRE.

Des vomissements de calculs biliaires, par L. GALLIARD (*Méd. moderne, p. 249, 6 juillet 1895*).

Il est rare de voir des calculs biliaires être rendus par vomissement ; leur volume généralement assez considérable, l'absence d'ictère précédant ou accompagnant le vomissement ne permettent que très exceptionnellement d'admettre qu'ils ont traversé les voies biliaires normales. En réalité, ce mode d'expulsion suppose presque toujours une fistule reliant les voies biliaires à l'estomac ou au duodénum. GEORGES THIBIERGE.

Sur un cas d'évacuation de calculs biliaires par la voie stomacale, par G. HAYEM (*Soc. méd. des hôp., 18 octobre 1895*).

Une femme de 36 ans eut, le 13 janvier 1893, une crise violente de colique hépatique. Le 14 juillet elle eut un vomissement abondant d'aliments, puis tous les soirs rendit une cuvette de matières liquides verdâtres mélangées d'aliments ; en septembre une cure à Vichy n'enraya pas les vomissements. On nota la dilatation de l'estomac ; en novembre, survinrent des douleurs avec vomissements. Le 25 décembre, Hayem notait un extrême amaigrissement avec troubles gastriques très accentués et dilatation considérable de l'estomac ; il fit pratiquer des lavages de l'estomac qui, rapidement, amenèrent la cessation des douleurs et des vomissements. Le 1er janvier 1894, à la suite d'un lavage la malade vomit des calculs hépatiques et depuis lors jusqu'au 19 mai elle en vomit 38 en plusieurs séances, toujours par vomissements et avec des douleurs remontant à l'épaule droite, rappelant les crises de colique hépatique. Les lavages furent continués jusqu'en juillet ; les calculs mesuraient de 5 à 22 millimètres de diamètre.

L'estomac est reste très dilaté, l'état général est excellent. Hayem admet comme probable l'existence d'une fistule cholécysto-gastrique. H. L.

I. — Ueber die Pentosurie, eine neue Anomalie des Stoffwechsels, par E. SALKOWSKI (*Berlin. klin. Woch., n° 17, p. 364, 29 avril 1895*).

II. — Klinische Beobachtungen über Pentosurie, par Ferdinand BLUMENTHAL (*Ibidem, n° 26, p. 567, 1er juillet 1895*).

I. — Salkowski rend compte de ses recherches sur deux nouveaux cas de pentosurie (*R. S. M.*, XLI, 37). Il décèle la présence de pentose dans l'urine, de la façon suivante : 200 centimètres cubes d'urine additionnée d'une solution franchement acide de 5 grammes de phénylhydrazine (non de son chlorhydrate) dans l'acide acétique sont mis à chauffer, d'abord directement presque jusqu'au début de l'ébullition, puis encore, 1 heure au moins, dans un bain-marie bouillant. Quand l'urine renferme de la pentose, tant que le liquide est chaud, on ne remarque rien que sa teinte brunâtre et quelques flocons de couleur semblable ; mais une fois refroidi, le liquide forme une bouillie claire d'aiguilles jaunes. Ce précipité cristallin est filtré, lavé, séché sur du papier joseph, puis recristallisé dans de l'eau chaude à laquelle on ajoute un peu d'alcool. Par refroidissement

de la liqueur filtrée bouillante, il y a séparation de phénylpentosazone en aiguilles d'un jaune vif. A l'aide de lavages et de filtrages répétés, on l'obtient à l'état pur et l'on constate alors que son point de fusion se trouve à 159°.

A première vue, les urines renfermant de la pentose n'offrent rien de caractéristique : leur teinte est normale, leur réaction acide ; elles ne sont pas sédimenteuses, ne contiennent ni éléments figurés, ni albumine, ni sucre fermentescible et ne dévient pas la lumière polarisée; mais dès qu'on les soumet aux réactifs de la glucose, elles paraissent suspectes.

L'un des pentosuriques était en même temps diabétique; mais Salkowski a vainement recherché la pentose dans les urines de 9 autres malades atteints de diabète; la coexistence des deux sucres ne parait donc pas fréquente. Pour découvrir la pentose en présence de glucose, il conseille de procéder ainsi : Quand les proportions relatives des deux sortes de sucre ne sont pas trop différentes, on peut préparer les composés de phénylosazone et séparer les deux osazones, grâce â leur inégale solubilité dans l'eau chaude. Lorsqu'il s'agit de rechercher une petite quantité de pentose au milieu d'une masse de glucose, il est préférable de se débarrasser d'abord de celle-ci par fermentation : on laisse l'urine additionnée de levure deux jours à l'étuve, puis on la filtre et on procède ensuite comme ci-dessus; mais avant de traiter l'urine par la phénylhydrazine, il est bon de la faire bouillir pour chasser la plus grande partie de l'alcool résultant de la fermentation, afin d'éviter son action dissolvante sur le produit formé.

Quelle est la source de la pentose urinaire ? Salkowski croit qu'il faut la chercher dans le pancréas. Hammarsten a récemment découvert (*Zeitschr. f. physiol. Chemie*, XIX) dans le foie, dans la glande mammaire et surtout dans le pancréas, un nucléo-protéide qui en se dédoublant fournit une pentose. L'osazone de cette pentose a exactement le même point de fusion et les autres propriétés que l'osazone pentosurique.

L'existence de la pentosurie entraîne, comme conséquence, que la réaction par la phénylhydrazine ne suffit pas pour prouver la présence de glucose ; il faut de plus considérer les propriétés de l'osazone qu'on obtient et notamment rechercher son point de fusion. Si l'on dispose d'une certaine quantité d'urine (200 centimètres cubes), on peut même se dispenser de cette recherche qui suppose quelque habitude. On chauffe l'urine avec 5 grammes de phénylhydrazine; tandis que l'osazone de la glucose se sépare déjà à chaud, l'osazone de la pentose ne se sépare qu'après refroidissement du liquide.

II.—Blumenthal donne des détails cliniques sur les deux pentosuriques qui ont fourni matière aux nouvelles recherches de Salkowski. L'un est un négociant de 36 ans, toujours bien portant, mais refusé comme diabétique par le médecin d'une compagnie d'assurances sur la vie. Son urine avait un pouvoir réducteur marqué, tout en n'étant ni dextrogyre, ni fermentescible. Il n'existait ni polyurie ni polydypsie, ni hérédité nerveuse. Pendant les cinq mois d'observation, l'urine contenait toujours de la pentose. L'autre est un banquier, âgé de 65 ans, ayant eu des coliques néphrétiques avec hématurie, une sciatique et des accès vertigineux; tout cela avait disparu depuis plusieurs années, son frère et un fils de sa

sœur sont diabétiques. Durant les six mois que Blumenthal a examiné l'urine de ce malade, elle renfermait constamment de la pentose.

Blumenthal l'a inutilement cherchée dans les urines de 10 diabétiques et de quelques anciens glycosuriques.

Chez le premier de ces malades, la soustraction de tous les aliments hydrocarbonés n'a nullement fait cesser la pentosurie, pas plus qu'un régime riche en hydrocarbonés ne l'a augmentée. C'est donc une anomalie de la nutrition, complètement indépendante de l'alimentation. L'urine des deux malades ne contenait que très peu d'indican, nouveau caractère qui distingue la pentose de la glucose. J. B.

Ein Beitrag zur Typhusstatistik (Statistique de la fièvre typhoïde). par BERG (*Deut. Arch. f. klin. Med., LIV, p. 161*).

La statistique de Berg porte sur 1,626 cas, de 1880 à 1893. Les résultats principaux sont les suivants : augmentation de la mortalité avec l'âge ; survenance tardive des récidives (souvent de 20 à 40 jours et une fois 77 jours après la défervescence). La diarrhée persistante n'a existé que dans 1/4 des cas. Près des 3/4 des hémorragies intestinales se sont montrées dans la 2e semaine. Dans les cas à néphrite hémorragique, la mortalité s'est élevée à 44,4 0/0. Presque régulièrement l'avortement s'est produit chez les femmes grosses. Chez 154 enfants de 1 à 14 ans la tendance aux récidives a été plus grande que chez les adultes (19,1 0/0 au lieu de 12,5 0/0) ; mais il n'y a pas eu chez eux de bénignité plus grande que chez l'homme de 20 à 30 ans. C. LUZET.

De l'exagération des réflexes tendineux du pied et du genou dans la fièvre typhoïde, par Léon RENARD (*Thèse de Paris, 1894*).

Les réflexes ont été trouvés exagérés dans 70 0/0 des cas, normaux dans 24 0/0, diminués dans 6 0/0. L'auteur admet que les toxines élaborées par le bacille d'Eberth provoquent une irritation des éléments de la moelle, et peuvent même les léser dans leur constitution en amenant des modifications de la myéline, d'où augmentation du pouvoir excito-moteur de la moelle ; ces manifestations spinales s'observent d'ailleurs dans les conditions les plus diverses de forme et de gravité de la maladie, et à une période quelconque de son évolution. H. L.

Matériaux pour l'étude de la bactériologie clinique des complications de la fièvre typhoïde, par G.-L. JUDALEWITCH (*Thèse de St-Pétersbourg, 1895*).

L'inflammation catarrhale du poumon au cours d'une fièvre typhoïde n'est due que rarement au bacille typhique ; c'est ordinairement une infection secondaire pyococcienne ; de même pour les otites moyennes et les parotidites. Toutes ces infections secondaires sont dues à l'auto-infection par les germes habitant normalement la cavité buccale et naso-pharyngée. La pneumonie fibrineuse dépend non d'une infection primitive ou secondaire par le bacille typhique, mais du pneumocoque. C'est donc une infection mixte. Le bacille typhique peut passer dans l'urine ; mais ce passage n'est pas lié à une néphrite parenchymateuse, qui peut exister sans que les urines contiennent le microbe spécifique. L'appari-

tion du bacille typhique dans l'urine se produit dans le troisième septenaire ; on l'observe quelque temps après la guérison. L'auteur croit donc que la désinfection des urines des typhiques pourrait, dans certains cas, restreindre la propagation de l'affection. Les rechutes de la fièvre typhoïde s'expliquent par une auto-réinfection par le bacille typhique resté dans l'organisme à l'état latent et qui a récupéré sa virulence. H. FRENKEL.

Gangrène des lèvres dans la convalescence d'une fièvre typhoïde; septicémie staphylococcique consécutive, par SPILLMANN et ÉTIENNE (*Mercredi méd.*, *27 mars 1895*).

Un homme de 49 ans, en convalescence d'une fièvre continue bénigne, vit se développer aux deux lèvres un gonflement dur, diffus qui s'éroda et se couvrit de croûtes. Ces lésions étaient en rapport avec des dents cariées en très mauvais état. Malgré l'extraction des dents et les soins antiseptiques, il se fit, d'une part, de la septicémie générale (T. de 38° à 40°7) et, d'autre part, une destruction par gangrène presque totale de la lèvre inférieure et partielle de la lèvre supérieure. La mort survint 18 jours après le début des accidents locaux et 6 jours après l'entrée à l'hôpital.

L'examen nécroscopique fit voir les lésions d'une infection générale due au staphylocoque doré. LEFLAIVE.

I. — Sur les fièvres estivo-automnales en général, spécialement sur la fièvre pernicieuse avec localisation gastro-intestinale, par C. MARCHIAFAVA (*Arch. ital. de biol.*, *XXII*, *p. 139*).

II. — Sur l'infection malarique, par GOLGI (*Ibidem*).

III. — Sur la structure des parasites des fièvres estivo-automnales, par G. BASTIANELLI et A. BIGNAMI (*Ibid.*).

I. — Dans toutes les fièvres malariques se trouve un parasite (Laveran), absorbant l'hémoglobine pour la transformer en mélanine et se multiplier par scission. L'aspect, la virulence varient selon les types : fièvres bénignes printanières, quarte et tierce régulière (Golgi), fièvres graves estivo-automnales (Marchiafava et Celli). Les premières restent bénignes, les secondes peuvent devenir pernicieuses. Les dernières sont moins régulières que les autres, mais cependant deux types fondamentaux y prédominent, le quotidien et le ternaire. L'incubation de l'infection malarique expérimentale varie, diminuant de la quarte bénigne aux estivo-automnales graves. L'infection estivo-automnale spontanée a une durée de 7 à 11 jours.

Les formes parasitaires des fièvres bénignes sont de petits corps amœboïdes (plasmodes) vivant dans les globules rouges, parfois plusieurs dans un seul, à mouvements vifs, se pigmentant graduellement avec des modalités spéciales, se divisant. Le globule rouge parasitifère est souvent déformé et de couleur cuivrée (globules rouges cuivrés).

Les formes des fièvres graves ne montrent pas les mêmes phases et surtout pas la scission en parasites fils. Leur multiplication est occulte dans le sang extrait. Mais cette multiplication s'accomplit dans les organes internes où ils se sont accumulés, rate, moelle des os, cerveau, méninges,

muqueuse intestinale, après ou avant pigmentation (amœba immaculata de Grassi et Feletti.)

C'est au commencement de l'accès que ces formes émigrent du sang dans les organes internes où ils vont se multiplier; au milieu et au summum de l'accès on voit les parasites jeunes dans le sang, encore incolores ; à la fin de l'accès ils sont chargés de pigment; dans l'apyrexie les globules rouges sont cuivrés.

Quand l'infection malarique a duré quelques jours, on rencontre dans le sang les corps en croissant de Laveran, les corps flagellés, formes qui ne font point partie, au moins apparemment, du cycle vital des amibes parasitaires. Elles prédominent dans la moelle des os, sont rares dans la rate, absentes des autres organes. La signification de ces formes n'est pas nettement établie.

Dans les fièvres pernicieuses il y a beaucoup de formes ; les *cérébrales* (comateuses, délirantes, bulbaires, convulsives, tétaniques, etc.) dominent dans la campagne romaine : viennent ensuite les algides, cholériques, cardialgiques, hémorragiques, hémoglobinuriques. Les parasites sont en rapport avec cette diversité d'infections pernicieuses, par leur quantité, leur distribution, leurs générations diverses. C'est par leur localisation que s'expliquent les formes cérébrale, cholérique, les altérations parenchymateuses, par exemple, des cellules nerveuses. On ignore les formes de la vie du parasite dans le milieu extérieur et son mode de pénétration, connaissances qui serviraient de base à une prophylaxie scientifique.

II. — D'après Marchiafava, les parasites après avoir accompli leur cycle de 24-48 heures dans le sang circulant, se retirent et s'arrêtent dans les organes pour y accomplir leur reproduction. Pour Golgi au contraire, il n'y a pas d'émigration ; les parasites accomplissent dans les organes internes tout leur cycle, et c'est ainsi que s'expliquent les manifestations cliniques graves, coïncidant avec de rares parasites dans le sang circulant.

III. — Le parasite, dans les préparations fixées et colorées à l'hématoxyline, se présente comme un petit anneau (ectoplasma) très mince, coloré, à centre incolore (endoplasma); un ou plusieurs granules fortement colorés existent dans la zone annulaire, plus rarement dans le centre pâle ; ils ont un rôle dans la multiplication. Donc trois parties : substance pâle, substance colorée, granules chromatiques. A un moment ultérieur le corpuscule chromatique disparaît et se fond dans l'ectoplasma, c'est l'indice de la maturation et de la reproduction prochaine. Le parasite croit considérablement en 18-20 heures, jusqu'à remplir les 3/4 du globule rouge : le pigment s'amasse au centre (corps avec pigment central : rate, moelle des os, méninges).

Des spores se forment par condensation de la substance chromatique, à la périphérie ; elles deviennent plus distinctes et prennent la forme caractéristique : anneau coloré, centre clair. Le globule rouge éclate : les spores deviennent libres. Elles n'ont pas d'endoplasma et sont immobiles.

En somme, les plasmodes des fièvres estivo-automnales ne seraient pas pourvus d'un vrai noyau, mais d'une formation nucléiforme, comme il arrive chez les oscillaires.

Les formes en croissant seraient des formes stériles, à composition homogène. Ce serait une phase avortée, stérile du cycle parasitaire.

DASTRE.

Ueber tropische Malaria, par A. VAN DER SCHEER (*Archiv für pathol. Anat.*, *CXXXIX*, *1*).

V. der Scheer donne une série de résultats sur les parasites de la malaria à l'île de Java.

En examinant le sang des sujets nouvellement atteints de fièvre, il est fort difficile de constater la présence des plasmodes dans le sang. Plus la maladie dure longtemps, plus est grand le nombre des plasmodes. Dans les cas qui menacent de tourner à la cachexie ou de devenir pernicieux, on compte 50 à 80 plasmodes dans le champ du microscope. Dans les récidives, les plasmodes sont également plus abondants que dans une première attaque.

Sur 105 cas, l'auteur a trouvé 42 fois les grandes formes et 63 fois les petites formes parasitaires. Les corpuscules en croissant furent observés 31 fois et, en particulier, 3 fois avec les grandes formes, et 28 fois en compagnie des petits plasmodes. Les corpuscules en croissant existent seuls quand il ne survient plus d'attaque de fièvre.

Lorsque le parasite à grandes formes (fièvre quarte et tierce) se divise, son protoplasma se segmente en 15 ou 20 parties, tandis que le pigment est rejeté sur le côté.

Le plasmode de la fièvre quotidienne a une évolution plus compliquée. Il pénètre dans le globule rouge sous la forme d'un corpuscule dépourvu de pigment. Il grandit en même temps qu'il se charge de granules de pigment, ce qui a lieu 6 à 8 heures avant la sporulation. A cette époque, le plasmode atteint le volume du tiers d'un globule rouge. Les organes dans lesquels il se divise sont de préférence les suivants : rate, moelle osseuse, capillaires du cerveau. Cette division se fait par la segmentation du plasmode en 6, 8 ou 15 parties.

V. der Scheer regarde les corpuscules en croissant comme des formes stériles, qui indiquent d'anciennes attaques de fièvre. ÉD. RETTERER.

I. — Die Verbreitungswege der Cholera im Kreise Petrowsk im Jahre 1892, par A. AMSTERDAMSKY (*Zeitschr. f. Hyg. und Infekt.*, *XIX*, et *Hyg. Rundsch.*, *V*, *n° 15*, *p. 702*).

II. — Erinnerungen aus meiner Thätigkeit in einer Cholera-Ambulanze im Südrussland, par B. TSCHLENOFF (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, *15 août et 1er septembre 1895.*)

III. — Die Cholera im Regierungsbezirke Oppeln 1892-1894, par E. ROTH (*Deutsche Viertelj. f. öffentl. Gesund.*, *XXXVII*, *p. 569*).

I. — Résultats de l'enquête ordonnée par le gouverneur de Saratow sur le mode de propagation de l'épidémie cholérique de 1892.

Le cercle de Petrowsk est traversé par la grande route qui relie les gouvernements de Pensa et de Saratow et qui est parcourue par de grandes bandes d'ouvriers venant de Nijni-Novgorod, Simbirsk et Pensa pour se rendre sur les bords du Volga ou dans les steppes situés au

delà ; en automne, ces ouvriers, dits *bourlaques*, font le trajet inverse pour rentrer dans leurs foyers. Les bourlaques ne voyagent qu'à pied, ne s'arrêtent qu'en des points déterminés de la route, là où se trouvent des sources et ne fréquentent les villages que par les temps mauvais ou froids ou pour y faire des achats. Lorsqu'au commencement de l'été de 1892, le choléra fit explosion dans le Caucase, à Astrakhan et sur le Volga, ces ouvriers se hâtèrent de revenir dans leurs foyers, apportant avec eux la maladie. Cinq localités situées sur la grande route ont été presque simultanément atteintes, les premiers cas et les premiers décès s'y sont produits chez des bourlaques et les habitants n'ont été atteints qu'ultérieurement. Déjà, il en avait été ainsi dans les épidémies de 1830, 1848, 1860, 1866 et 1870-72.

Dans les localités écartées de la route, le choléra n'apparut que deux ou trois semaines plus tard et le premier cas fut observé sur un habitant qui s'était rendu à la foire dans une localité déjà infectée. Parmi les habitants, l'épidémie resta cantonnée aux membres d'une même famille, attaquant presque exclusivement ceux du seul sexe qui était chargé de soigner les malades et les corps des décédés. Quand les malades vivaient seuls, c'étaient leur garde, l'agent de police, le menuisier, l'ensevelisseur qui étaient frappés ; autrement dit, non les simples curieux ou visiteurs, mais ceux qui avaient eu l'occasion de se souiller les mains ou les vêtements avec les déjections cholériques. Les cas multiples et simultanés dans un même lieu ou une même famille ont été très rares et ne se sont offerts que chez les convives d'un même repas funèbre. On n'a relevé aucun cas de transmission, soit par l'eau potable, soit par l'air. Les diverses localités envahies se trouvaient dans des conditions absolument identiques de climat, de sol et d'hydrologie ; leur situation dans des steppes aérés et secs excluait toute infection du sol, leurs eaux potables étaient excellentes ; néanmoins, l'extension et la gravité de l'épidémie ont été très variables suivant les villages.

II. — Intéressant exposé de l'organisation de défense contre le choléra, préparée par l'Administration russe, dans le gouvernement de Poltava, en 1893. Comme l'année précédente, l'épidémie eut son point de départ à Krementschug, ville de 60,000 habitants, sur le Dniéper, où le choléra avait été apporté par un homme venu de Kiew. Bien qu'à son arrivée ce malade eût été immédiatement transporté, par un fiacre spécial, au baraquement des cholériques, deux jours plus tard des cas étaient signalés dans différents quartiers de la ville et la maladie ne tarda pas à se répandre dans le reste du gouvernement.

On avait réuni au chef-lieu, prêtes à partir pour les points menacés, 30 ambulances composées d'un médecin, de 2 aide-chirurgiens, de 2 sœurs et de 2 infirmiers, et munies de trois caisses contenant, l'une la pharmacie, la seconde des blouses de toile pour le personnel, du linge et de la literie, la troisième la batterie de cuisine.

En dehors des difficultés dues aux distances et aux résistances de la population, on aura une idée du milieu dans lequel l'ambulance de Tschlenoff fonctionnait, à ces deux traits.

Dans une ville de 15,000 habitants, on a trouvé une malade couchée sur un banc, enveloppée de chiffons, où les vers grouillaient. Il n'était pas rare de rencontrer 3 ou 4 familles dans la même hutte.

Les déjections étaient désinfectées avec le lait de chaux, les logements avec le sublimé et le lait de chaux. Sur 200 cas où l'on a pratiqué cette désinfection, il n'y a eu de nouveaux cas que dans 3 logements.

La médication a consisté dans l'emploi du calomel, des bains sinapisés à 40° en cas de collapsus et des lavements chauds au tannin ; thé avec cognac et autres stimulants. Les bains chauds nécessitent une grande prudence et une surveillance continue ; certains malades ne les supportent pas. Tschlenoff a vu succomber un cholérique presque convalescent que ses parents avaient baigné, contrairement à sa défense.

III. — Depuis l'épidémie de décembre 1872 à novembre 1874, qui avait atteint 4,831 personnes et fait 2,431 victimes, le district d'Oppeln, malgré sa situation au voisinage de l'Autriche et de la Russie, était resté exempt du choléra jusqu'en 1892. En 1891, où la maladie était disséminée en Europe, le district n'avait compté que 2 cas provenant de Hambourg. Les 336 cas de 1893 (dont 33 0/0 chez des enfants au-dessous de 15 ans) ont donné 185 décès, soit une mortalité de 55 0/0. Dans ce district essentiellement houiller, le drainage du sous-sol opéré par les travaux de mines a tari les puits en usage et la plus grande partie de la population est maintenant desservie par des eaux recueillies au fond des houillères. Malgré les nombreuses chances de contamination auxquelles elles sont exposées, on n'y a pas constaté de bacilles cholériques et l'eau potable n'a joué aucun rôle étiologique dans l'épidémie qui était causée et entretenue uniquement par des importations incessantes de nouveaux cas de la Pologne russe.

Malgré les nombreux moyens de défense réunis, l'ignorance de la population et le va-et-vient incessant au delà de la frontière ont rendu la lutte assez difficile.

Chose curieuse, pour la première fois, on avait renoncé à organiser un service médical d'inspection et toute la surveillance sanitaire, soit dans les gares, soit sur les routes de terre, soit sur les cours d'eau navigables, était confiée aux gendarmes qui s'en sont assez bien tirés pour qu'il n'y ait pas eu un seul cas importé par ces divers voies de communication.

Roth a noté que la forme la plus grave était constituée par des cas où les malades avaient une diarrhée peu durable, un pouls resté vigoureux, une peau demeurée élastique avec des tissus non déshydratés ; mais ils ne tardaient pas à présenter de l'obnubilation intellectuelle et à mourir par paralysie cérébrale. J. B.

Lombricose à forme typhoïde, par A. CHAUFFARD (*Semaine méd., 27 novembre 1895*).

Jeune homme de 18 ans, entré à l'hôpital avec tous les signes apparents de la fièvre typhoïde (hébétude, céphalée, épistaxis, gargouillement iléo-cœcal, temp. 39°, etc). Des signes importants manquaient, il y avait de la constipation, pas de taches rosées. Une dose de calomel fait évacuer un lombric, le lendemain deux autres ; un troisième est vomi. On diagnostique alors une lombricose à allures typhiques. La médication antihelminthique (semen contra alterné avec le calomel) amène à divers intervalles l'évacuation de 39 lombrics dont le plus long mesurait 32 centimètres. Retour à la santé.

C. insiste sur la nature des accidents d'allure typhique, qui rapprochent cette observation des fièvres vermineuses des vieux auteurs,

l'absence de toutes manifestations nerveuses. Il admet qu'un intestin ainsi rempli de lombrics peut devenir le siège de fermentations toxiques et virulentes, soit par les excreta des lombrics, soit par une simple exaltation de la virulence coli-bacillaire. A. CARTAZ.

Influences nerveuses envisagées au point de vue des causes et des effets de l'érysipèle, par CHANTEMESSE et SAINTON (*Soc. méd. des hôp., 19 juillet 1895*).

Sur 303 femmes atteintes d'érysipèle il y a eu 37 rechutes, soit 12 0/0, 17 ont été causées par le froid, 7 par une vive émotion morale, le plus souvent un accès de colère. Le début de la rechute est très brusque. Au bout de 3 à 4 heures la rougeur reparaît et la fièvre s'élève à 40° et bientôt l'état général devient mauvais; la durée moyenne est de 4 à 8 jours; pas de morts.

Sur 289 hommes, il y a eu 36 rechutes, soit 12 0/0 environ; le plus souvent dues au froid; 2 cas seulement dus à une colère. H. L.

Accidents nerveux de l'érysipèle, par A. CROCHET (*Thèse de Paris, 1895*).

L'auteur, dans 597 cas d'érysipèle, a noté 53 fois des troubles nerveux divers, syncopes au début, délire (sans rapport avec l'envahissement du cuir chevelu), méningite, troubles des sphincters, mouvements choréiformes, à la période d'état; enfin, dans la convalescence, vertiges, étourdissements, éblouissements; troubles visuels, amauroses, paralysie du moteur oculaire commun, paralysies des membres, pseudo-tabes, gangrène symétrique des extrémités, troubles de la sensibilité, de l'audition, névralgies. Chez les prédisposés l'érysipèle peut réveiller une névrose comme l'hystérie, provoquer exceptionnellement des troubles psychiques, la paralysie générale.

Ces accidents nerveux sont rapportés actuellement à l'action de la toxine de l'érysipèlocoque sur les centres nerveux; cette opinion est basée sur l'expérimentation. Cependant, il faut tenir compte de l'influence des infections secondaires, car dans les 3 cas de méningite que rapporte l'auteur, deux fois le pneumocoque était associé au streptocoque et une fois il existait seul dans l'exsudat méningé.

Les accidents nerveux observés chez les érysipélateux guérissent presque toujours. H. BOURGES.

Étude clinique d'une épidémie de scarlatine observée à l'hôpital Necker pendant l'année 1894, par MAZEROUX (*Thèse de Paris, 1895*).

L'auteur a suivi 78 cas, et a relevé chez 45 malades l'existence d'un bruit de galop d'intensité très variable ; dans 6 cas il existait sans albuminurie ; dans les 39 autres cas avec albuminurie souvent très légère.

On a noté 10 fois seulement de l'hypertension. L'auteur admet, à titre d'hypothèse, une action spéciale du poison scarlatineux qui, directement ou par l'intermédiaire de la peau, touche le rein et détermine le réflexe cardiaque. H. L.

Pathogénie de la scarlatine, par A. BERGÉ (*Thèse de Paris*, *1895*).

Cet auteur discute la théorie classique de la scarlatine, qui admet pour agent pathogène un microbe spécial, distinct de tous les microbes connus et vraiment spécifique ; microbe contenu dans le sang et la peau, et entraîné par les squames épidermiques ; il avance que la scarlatine est une maladie locale, et qu'elle n'est due qu'à une modalité virulente du streptocoque. Le streptocoque cultivé dans les cryptes de l'amygdale, sécréterait une toxine érythémogène, d'où l'éruption scarlatineuse, à la façon de certaines substances toxiques connues.

La scarlatine serait en résumé un érythème infectieux particulier relevant d'une infection locale des amygdales.

Il montre que l'on n'a jamais trouvé de microbes dans le sang des scarlatineux, ni réussi à inoculer la scarlatine, il croît qu'il y a une intoxication spéciale du sang, sans éléments figurés.

Il s'appuie principalement sur les faits à interprétation si controversée des scarlatines puerpérales et chirurgicales, pour prouver que ces éruptions sont symptomatiques d'une infection streptococcique. Dans ces cas il n'y a pas d'amygdalite, parce que la porte d'entrée du microbe n'est pas l'amygdale, comme dans la scarlatine médicale, mais les organes génitaux chez l'accouchée, la plaie chez les blessés.

Pour ce qui est de la contagiosité des squames, il admet qu'elles tirent cette propriété offensive de leur contamination par le scarlatineux, au même titre que les vêtements (particules salivaires émises pendant la parole, la toux, l'éternuement, ou simple contact des mains aux lèvres). H. L.

Zur Lehre von der Trichinosis, par ASKANAZY (*Archiv f. path. Anat.*, *CXLI*, *1*).

En nourrissant des lapins avec de la viande pleine de trichines, Askanazy produisit une trichinose intestinale. Après avoir sacrifié les animaux et inclus des segments des parois intestinales dans le collodion, il pratiqua des coupes pour savoir comment les parasites avaient pénétré dans les parois intestinales.

C'est au bout de 7 jours d'une alimentation pareille que les parois intestinales du lapin commencent à montrer des trichines dans les tuniques mêmes. Les trichines *femelles* seules pénètrent dans l'intérieur de la paroi : à cet effet, la trichine s'engage entre les cellules épithéliales d'une villosité ou, s'il y a eu desquamation préalable, elle pénètre directement dans le chorion ; peu à peu, elle s'avance jusque dans le chylifère central où le parasite pond des œufs. Les embryons qui se forment ainsi à l'origine du système chylifère sont transportés par le courant lymphatique dans les autres organes.

Ces études ont un intérêt médical considérable : tant qu'on a admis, d'après Leuckart et d'autres, que les trichines pondaient leurs œufs dans le canal intestinal de l'hôte, et que les embryons perforaient ultérieurement les parois pour gagner les tissus, on pouvait espérer obvier à l'invasion en administrant au bout de 8 ou 15 jours des laxatifs. Il n'en est rien : ce sont les trichines *femelles* elles-mêmes qui se chargent de traverser activement les parois intestinales et de déposer les œufs dans le courant circulatoire. Cette pénétration a lieu dans les premiers jours qui suivent l'ingestion de la viande infectée. ÉD. RETTERER.

Erfahrungen über das Heilserum bei einer Hausepidemie von Diphtherie, par W. NOLEN (*Deutsche med. Woch., n° 23, p. 371 1895*).

Le 24 janvier 1895, l'aîné des enfants de Nolen est atteint d'angine; l'examen des membranes pratiqué par Spronck révèle la présence de streptocoques sans bacilles de Lœffler. L'enfant guérit sous l'influence du sérum de Behring. Ses deux frères reçoivent des injections prophylactiques : 1/4 de flacon de sérum de Behring n° 1 et tombent malades, l'un 24 heures et l'autre 4 jours après l'injection. L'examen des membranes fait seulement pour le plus jeune révèle des bacilles diphtériques ; les deux enfants, traités par le sérum, guérissent rapidement.

Une tante des enfants, habitant la maison, est prise quatre jours après l'aîné. Examen des membranes : bacilles diphtéritiques. Traitement par la mixture de Lœffler. Guérison très lente avec paralysie du voile du palais.

H. DE BRINON.

De l'hystérie pleurale, par JEANSELME (*Méd. moderne, p. 201, 30 mars 1895*).

On peut observer dans le cours de la pleurésie des accidents nerveux légers, dont la cause déterminante, qui échappe parfois, peut être soit une ponction, soit l'exagération de la tension intra-pleurale. Ces accidents consistent en troubles sensitifs, hypéresthésie du thorax occupant surtout ou exclusivement le côté correspondant à l'épanchement, sensation d'engourdissement et anesthésie du membre supérieur ou des deux membres situés du côté de la pleurésie, avec ou sans modification des sens spéciaux, et en troubles moteurs, paralysie plus ou moins prononcée du membre supérieur correspondant à la plèvre malade, ou des deux membres de ce côté, ou même à type paraplégique. Ces accidents doivent être rattachés à l'hystérie et on doit admettre que les maladies de la plèvre peuvent servir de prétexte à l'éclosion de l'hystérie et que l'irritation de cette séreuse détermine le retour des accidents à la manière d'un véritable point hystérogène.

GEORGES THIBIERGE.

I. — Sulle variazioni di temperatura al di sotto della media normale, par G. MISSALE (*Riforma med., septembre 1895*).

II. — Températures basses anormales, par SCHNICKER et ZAHRTMANN (*Hosp. Tidende, p. 721 et 769, 1895*).

I. — Les abaissements de la température au-dessous de la moyenne normale peuvent survenir sous l'influence du froid extérieur, à la suite de fortes déperditions de liquides, dans les maladies du système nerveux, pendant et après les maladies fébriles, dans les cachexies fébriles et les troubles graves de la circulation, dans les maladies cutanées (sclérème, brûlures étendues), dans les intoxications, après les opérations chirurgicales, pendant l'anesthésie par l'éther ou le chloroforme. Les plus forts abaissements de température s'observent sous l'influence du froid extérieur, les hypothermies n'aggravent pas toujours le pronostic de la maladie. La cause des hypothermies réside presque toujours dans une diminution de l'excitabilité des centres nerveux, elle est souvent la conséquence de l'action des substances toxiques élaborées par l'organisme lui-même ou par les bactéries ou provenant de l'extérieur. G. THIBIERGE

II. — Sch. a observé deux cas d'abaissement anormal de la température, 34° centig. dans un cas, 26° centig. dans l'autre, quelques jours vant la mort.

Zahrtmann a noté 32°,7 centig., après une hémorragie rénale profuse ; le malade a guéri. A. C.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

On the change in size of the cervical canal during menstruation, par G. HERMAN (*Transact. of the obst. Soc. London*, *XXXVI*, *3*).

Des opinions diverses ont été émises sur l'état du col pendant les règles, les uns admettant que le canal est diminué de calibre par le gonflement de la muqueuse, les autres, qu'il est élargi. Ces opinions ne reposent que sur des vues théoriques.

Herman s'est proposé d'élucider cette question par des recherches cliniques. Il a examiné 34 femmes au moment de la menstruation, mesurant la longueur et le calibre du canal cervical. Il est arrivé aux résultats suivants :

1° Il se fait pendant la menstruation une légère dilatation du canal cervical ;

2° Cette dilatation acquiert son maximum le 3e et le 4e jour ;

3° On l'observe chez toutes les femmes, que les règles soient minimes ou profuses, douloureuses ou non, et il n'y a aucun rapport entre le degré de la dilatation et l'intensité de la douleur ou l'abondance de l'écoulement. CH. MAYGRIER.

Mechanical and surgical methods of treating retro-displacements of the uterus, par A.-C. CARPENTER (*Amer. Journ. of obst.*, *décembre 1894*).

L'emploi des pessaires est indiqué dans les rétrodéviations non-adhérentes. Quand il y a des adhérences, il faut opérer, et Carpenter signale trois méthodes, le raccourcissement des ligaments ronds, l'hystérorraphie et une troisième due à A.-P. Dudley, de New-York, dont voici la technique :

Après ouverture de la cavité abdominale, un assistant, introduisant deux doigts dans le vagin, repousse le plus possible l'utérus en haut et en avant, détruisant ainsi les adhérences, et amenant la face antérieure de l'organe sous les yeux de l'opérateur. Celui-ci dénude alors le péritoine de cette face antérieure, en évitant de descendre trop vers la vessie ; puis il dénude de même la séreuse de la partie interne des ligaments ronds. Les trois surfaces ainsi avivées sont réunies entre elles à l'aide d'une suture continue au catgut.

L'utérus se trouve par ce fait incliné en antéversion, et vient s'appliquer sur la vessie.

Ce procédé raccourcit les ligaments ronds sans les intéresser et en changeant seulement leur point d'insertion à l'utérus. Cette insertion nouvelle, à la face antérieure de l'utérus, renforce et soutient cet organe, qui se trouve ramené dans sa position normale, sans qu'il soit besoin de le fixer à la paroi abdominale.

Les avantages de cette méthode opératoire sont de corriger le déplacement en utilisant les moyens de soutien de l'utérus sans les sacrifier, de ne pas gêner l'action du plancher périnéal, de n'amener aucun trouble vésical, ni aucune adhérence intestinale ; en cas de grossesse, l'utérus peut s'élever librement dans la cavité abdominale. CH. MAYGRIER.

I. — Zur Operation der Retroflexio uteri mobilis, par CZEMPIN (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 21. p. 462*, *27 mai 1895*).

II. — Discussion de la Société de gynécologie de Berlin (*Ibid.*, *p. 463*).

III. — Ueber die operative Behandlung der Retroflexionen des Uterus, par GUSSEROW (*Ibid.*, *n° 34*, *p. 750*, *26 août 1895*).

I. — Un certain nombre de rétroflexions utérines, malgré la mobilité de l'utérus, sont inguérissables par les pessaires; ce sont : 1° la rétroflexion des utérus vierges, à cause de la brièveté de la paroi vaginale antérieure qui empêche le redressement de la matrice et la laisse retomber en arrière, à cause aussi de l'étroitesse de l'orifice vaginal qui s'oppose à l'introduction du pessaire volumineux exigé ici par l'ampleur du cul-de-sac vaginal postérieur; 2° la rétroflexion compliquée de prolapsus du vagin et de descente de l'utérus ; 3° la rétroflexion compliquée d'hémorragies profuses par endométrite, où le curetage de la muqueuse est fréquemment insuffisant ; 4° la rétroflexion invétérée ayant amené le relâchement de la tonicité du muscle utérin et l'atrophie de son angle de flexion ; 5° la rétroflexion compliquée de cicatrices du vagin; 6° enfin, la rétroflexion accompagnée d'une sensibilité anormale des ligaments utéro-sacrés.

Czempin repousse l'hystéropexie vaginale et préconise sa méthode de ventro-fixation (Voy. *R. S. M.*, XLV, 568.) Il a fait 30 fois cette opération; 2 fois seulement, pour plus de sécurité, il a incisé le péritoine sur l'utérus. Toutes les opérations ont eu une issue favorable ; la plus ancienne remonte à 15 mois. Il n'a eu que 2 récidives. L'une chez une femme dont il avait tenté au préalable de mobiliser l'utérus fixé par des adhérences, en recourant au procédé de B.-S. Schultze; l'autre chez laquelle il avait enlevé à tort les fils de soie dès le septième jour.

II. — *Gottschalk* conteste que l'opération de Czempin soit nouvelle. Dans les cas exceptionnels, où malgré la mobilité de l'utérus, une opération devient nécessaire, il préfère combiner celle d'Alexander et de Kocher avec la rétrofixation du col d'après Sänger. Même quand l'utérus est immobile, on peut très souvent se dispenser d'opérer en se bornant à rompre les adhérences suivant le procédé de B.-S. Schultze avant d'appliquer un pessaire. Pour les adhérences postérieures et latérales qui ne se laissent pas rompre si aisément, il ouvre le cul-de-sac de Douglas, détache les adhérences avec le doigt, redresse l'utérus et termine par la double opération d'Alexander et de Sänger.

Quand les annexes sont malades, il fait l'hystéropexie ventrale d'après Olshausen.

Dührssen estime que pour un succès durable, il faut inciser le péritoine et suturer le fond de l'utérus à un point fixe antérieur ; c'est ce que réalisent la ventro-fixation d'Olshausen et sa propre vaginofixation intrapéritonéale ou la laparotomie vaginale. Dührssen reconnaît toutefois qu'en cas d'utérus immobile, sa vaginofixation intrapéritonéale est plus difficile qu'une laparotomie.

Pour *Olshausen*, les avantages de la ventrofixation de Czempin lui semblent insignifiants comparés à ses inconvénients et dangers ; aussi reste-t-il partisan de l'incision du péritoine qui lui paraît indispensable.

Mackenrodt ne pense pas que la ventrofixation ait de l'avenir dans le traitement des rétroflexions mobiles, parce que la fixation de l'utérus à la paroi abdominale est le point de départ de troubles parfois très désagréables et rebelles à tous les traitements ; la vaginofixation reste le meilleur procédé à employer.

C. Keller s'élève contre l'affirmation de Czempin que le renoncement à l'ouverture du péritoine fasse de la ventrofixation une opération inoffensive ; cela ne diminue notablement ni le danger d'infection, ni celui de hernies ventrales tandis qu'on risque d'autre part de blesser l'intestin et la vessie.

A. Martin n'est nullement disposé à tenter l'opération de Czempin qui a pour lui le grave défaut d'être contraire au principe de la chirurgie gynécologique actuelle qui consiste à voir le plus clair possible dans le champ opératoire. Il reste partisan de la colpotomie antérieure et de la laparotomie vaginale.

III. — Les cas justiciables de l'hystéropexie, que Gusserow considère comme une opération devant rester exceptionnelle, sont : 1° les rétroflexions avec utérus immobilisé ; 2° celles où les ovaires déplacés dans le cul-de-sac de Douglas ne tolèrent pas la compression du pessaire. Quand il s'agit d'adhérences dues à une périmétrite simple, on en vient parfois à bout par la méthode de Bernard Schultze ou par le massage, malgré l'opinion contraire d'Olshausen. Mais le succès est rarement durable, car les adhérences se reforment et le pessaire n'est plus supporté. La ventrofixation, à l'aide de 2 ou 3 sutures au crin de Florence placées au niveau du fond de l'utérus, est alors la meilleure opération. Quant à la vaginofixation, que Gusserow pratique avec ouverture de la cavité péritonéale, elle doit être réservée pour les rétroflexions mobiles. Il ne l'a encore faite que 13 fois, uniquement chez des malades qui ne voulaient ou ne pouvaient plus garder leur pessaire ; sa première opération seule a été un insuccès ; mais pour les autres, le temps écoulé est encore trop court pour juger des résultats définitifs. Gusserow doit pourtant dire qu'il a vu un certain nombre d'hystéropexies vaginales pratiquées par d'autres, depuis 6 mois ou 1 an, et déjà suivies de récidive de la rétroflexion. Considérant l'incertitude des résultats définitifs, il est d'avis, pour le moment, de limiter cette opération aux femmes qui ne veulent plus porter de pessaire et à celles chez lesquelles on est obligé de faire une autre opération sur le vagin ou le périnée ; chez 7 de ses opérées, par exemple, une colporraphie antérieure était indiquée. J. B.

Ueber die operative Heilung der mobilen und fixirten Retroflexio Uteri auf vaginalen Wege...... (Cure de la rétroflexion avec et sans adhérences par la vagino-fixation.....), par DÜHRSSEN (*Archiv für Gyn.*, *XLVII*, *2*).

Long mémoire de Dührssen, qui a pour but de démontrer la supériorité de son procédé de vagino-fixation intra-péritonéale dans le traitement de la rétroflexion (Voy. *R. S. M.*, XLVI, p. 176).

La première partie du mémoire est consacrée à la publication *in extenso* de 194 observations de femmes, chez lesquelles a été pratiquée la vagino-fixation. L'opération a été faite 206 fois, car il y a quelques femmes qui ont dû être opérées deux fois.

Dans la seconde partie, Dührssen expose sa technique opératoire et les résultats qu'il a obtenus. Une seule femme a succombé, ce qui donne une mortalité insignifiante de 0,5 0/0. Chez 3 opérées il y a eu ultérieurement récidive après un accouchement. Chez une autre, on dut enlever les fils pour libérer l'uretère comprimé. En éliminant ces 5 cas, il reste 189 femmes, sur lesquelles 157 ont été complètement guéries ; toutefois, 10 d'entre elles ont dû subir deux fois l'opération. Il y a eu 32 récidives. La moyenne de la guérison a donc été de 83 0/0.

Toutes les femmes restées 9 mois sans récidive peuvent être considérées comme guéries. Les causes de récidive sont surtout dues à la rétraction d'exsudats périmétritiques, à la métrite chronique, parfois à la grossesse.

En ce qui concerne la grossesse, 24 des opérées sont devenues enceintes ; 6 seulement ont avorté ; 13 ont accouché normalement ; chez les 6 autres la grossesse suit son cours régulier.

Au point de vue du pronostic, Dührssen, préfère sa méthode à la ventro-fixation pour les raisons suivantes : La vagino-fixation intra-péritonéale n'est pas dangereuse. Elle n'expose pas la femme à l'éventration, aux adhérences de l'épiploon avec la cicatrice, à l'étranglement interne. L'opérée n'a aucun bandage à porter. La guérison est plus rapide, et la femme peut reprendre plus vite son travail. Les appréhensions de la malade pour cette opération sont bien moindres que pour une laparotomie. Il n'y a presque pas de douleurs consécutivement à l'intervention. La vagino-fixation permet de rendre à l'utérus sa véritable situation normale.

CH. MAYGRIER.

Fall von Prolapsus uteri..... (Prolapsus de l'utérus et du vagin chez une vierge de 17 ans), par M. LIEBMANN (*Centralbl. f. Gyn.*, *13 octobre 1894*).

Une jeune fille de 17 ans, nullipare, phtisique, s'apercevait depuis deux ans qu'une grosseur apparaissait à la vulve quand elle allait à la garde robe ou faisait des efforts de toux. A l'examen, on reconnut qu'il s'agissait d'un prolapsus complet du vagin et de l'utérus, dont le col était légèrement ulcéré. Quand le prolapsus était réduit, on pouvait constater du côté de l'hymen des modifications intéressantes : une usure partielle de cette membrane avec large ouverture de l'orifice vaginal.

Toute opération étant contre-indiquée à cause de l'état général, on se borna à appliquer des pessaires, qui étaient rejetés pendant les quintes de toux. Le prolapsus ne put être maintenu, et la malade succomba aux progrès de son affection pulmonaire.

Liebmann a relevé les cas de prolapsus utérin complet qu'il a observés à la policlinique de Budapest de 1883 à 1893. Il y en a eu 39 sur 3,956 femmes, c'est-à-dire 1 0/0.

Sur ces 39 femmes, 31 étaient multipares : 5 primipares, et 3 seulement nullipares. De ces dernières, deux étaient âgées, de 57 ans et de 74 ans; une seule était jeune, celle dont il rapporte l'observation.

CH. MAYGRIER.

Mechanism and treatment of complete procidentia uteri, par Grace PECKHAM-MURRAY (*Americ. j. of obst., mars et mai 1894.*)

La première partie de ce travail se résume dans les conclusions suivantes :

1° Le plancher pelvien n'entre que faiblement en jeu pour produire le prolapsus utérin complet : la preuve en est dans l'existence du prolapsus chez des enfants et des jeunes filles, avec intégrité de l'hymen, cette affection est même rare chez les femmes qui ont des déchirures complètes du périnée.

2° Le vagin peut jouer un rôle à la fois actif et passif. Si le faisceau des releveurs qui entoure le vagin est déchiré, le reste du muscle cohérant toujours au rectum, ce dernier se trouve entraîné en bas, et avec lui le vagin, et tôt ou tard, l'utérus. Le ramollissement du tissu cellulaire pendant la grossesse amène le relâchement des ligaments utéro et vagino-vésicaux, et prédispose au prolapsus. — Dans le cas d'accouchement rapide avec un col insuffisamment dilaté, l'utérus pousse le vagin au devant de lui et peut arriver jusqu'à la vulve ; le même fait se produit chez les femmes qui se lèvent trop tôt après l'accouchement, ou dont l'utérus reste en état de subinvolution. Par ses attaches avec le col, le vagin sert de soutien à l'utérus ; mais le supporte-t-il comme une colonne, ou seulement grâce à l'angle qu'il forme avec lui? La question n'est pas résolue, car la clinique montre des cas où les parois vaginales sont prolabées sans que l'utérus soit abaissé, et d'autres cas où l'utérus est déplacé en arrière tout en gardant sa hauteur normale.

3° L'action des ligaments est plutôt passive qu'active ; leur relâchement prédispose à la descente de l'utérus. L'importance des ligaments utéro-sacrés a été exagérée par les auteurs. L'état des ligaments dans le cas de prolapsus ne doit pas faire préjuger de leur rôle ; leur relâchement, leur déchirure peuvent être la conséquence et non la cause du déplacement.

4° Le facteur principal, et le moins connu, des déplacements de l'utérus est la pression intra-abdominale. Tant que les organes pelviens, périnée, vagin, ligament lui font équilibre, l'utérus reste en place, même quand il se produit des efforts d'expulsion. Si cet équilibre vient à être rompu par une cause quelconque, l'utérus s'abaisse.

5° La laxité des tissus, qu'elle soit héréditaire, ou qu'elle résulte d'une maladie ou d'une subinvolution, prédispose grandement à la chute de l'utérus.

La seconde partie du mémoire a trait à la thérapeutique du prolapsus et elle se résume ainsi :

1° Réduction de l'utérus prolabé, et pansements astringents et antiseptiques.

2° Le massage ne donne pas de très bons résultats ; il ne doit en tout cas pas être employé dans les prolapsus d'origine congénitale, mais seulement dans les cas de subinvolution ou de gêne de la circulation utérine.

3° Les pessaires bien faits peuvent soulager beaucoup les malades, surtout quand elles ont soin de leur personne : des cas de guérison ont été observés par le simple port d'un pessaire.

4° Les procédés opératoires qu'on a recommandés sont innombrables, Beaucoup sont abandonnés. Il n'y a pas grand résultat à attendre de ceux qui rétrécissent simplement le vagin : le meilleur est celui de Le Fort. Beaucoup de gynécologues combinent l'amputation du col avec une opération quelconque de rétrécissement du vagin. Le raccourcissement des ligaments ronds est actuellement généralement considéré comme inefficace pour obtenir la guérison du prolapsus complet. Les chirurgiens conservateurs regardent la ventro-fixation et l'hystérectomie comme trop radicales, et la fixation vaginale de Schücking n'est pas entrée dans la pratique. Le nouveau procédé si simple de Freund (*R. S. M.* XLIV, 205) mérite d'attirer toute l'attention des gynécologues. CH. MAYGRIER

Ueber die spontan durch Geschwülste bedingte Gebärmutterumstülpung, par Sigmund GOTTSCHALK (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 8*, *p. 160*, *25 février 1895*).

Femme vierge de 63 ans, ménopause à 50 ans; depuis 3 ans, hémorragies utérines, puis apparition d'une tumeur à la vulve. Alitée depuis plusieurs mois; émaciation squelettique, dyspnée extrême, anasarque universelle; double insuffisance mitrale et aortique, néphrite chronique. Entre les cuisses se voit une tumeur arrondie, de la grosseur du poing, friable par places ; tout autour du pédicule de la grosse tumeur, le vagin est obturé par un conglomérat de petites tumeurs friables. Un diverticule de la vessie est compris dans le prolapsus de l'utérus renversé. Enucléation des fibromes sous-muqueux qui remplissent le vagin. Constriction élastique du pédicule ; ligature des ligaments utérins ; acupressure des vaisseaux. Ablation du corps de l'utérus avec la tumeur insérée à son fond. Guérison sans incidents. Mort, 5 mois plus tard par les progrès des lésions cardiaques et rénales, que Gottschalk considère comme une conséquence indirecte du renversement utérin. Les fibromes et les parois utérines offraient tous les stades de la métamorphose régressive, depuis les dégénérations hyaline et graisseuse jusqu'au ramollissement et aux gangrènes sèche et humide. Le peu de muqueuse utérine subsistant était mortifié, et la musculature était profondément dégénérée. J. B.

Weitere Beobachtungen bezüglich..... (Nouvelles observations au sujet de l'influence de l'influenza sur l'appareil sexuel de la femme), par E. MÜLLER (*Munch. med. Woch.*, *n° 41*, *p. 952*, *1895*).

En 1889-90 et 1894-95, sur 157 cas d'influenza chez la femme, il y avait 21 gravides et 138 non gravides. Chez les premières, 17 fois il y eut avortement ou accouchement prématuré. Les 138 non gravides présentèrent toutes, sauf 3, des troubles génitaux, savoir : métrorragies, ménorragies, aggravation de maladies préexistantes. C. LUZET.

Traitement conservateur des collections tubaires....., par VUILLIET (*Cong. gyn. Bordeaux*, *août 1895*).

L'auteur rejette, comme traitement habituel des collections tubaires, la castration utérine ou annexielle, qui doit être réservée aux cas compliqués et à ceux qui ont résisté au traitement conservateur.

Ce traitement consiste dans l'évacuation des liquides par ponction, incision et drainage ; par la restitution de la mobilité et des rapports normaux, par destruction ou allongement des adhérences, restitution qui s'obtient surtout par le massage et enfin dans l'emploi des agents antiphlogistiques.

Comme le massage manuel est souvent fort pénible, Vuilliet le remplace par la manœuvre suivante : la malade endormie, l'utérus est saisi avec une pince à griffes et dilaté jusqu'au passage facile d'un gros hystéromètre; puis on pratique la mobilisation de l'utérus en le portant en différents sens et en lui imprimant des mouvements circulaires; par des manœuvres bi-manuelles on mobilise les trompes et les ovaires. La séance est terminée par des irrigations antiseptiques et par l'application d'un pessaire. Sur 42 malades ainsi traitées, 40 ont été guéries.

OZENNE.

Hématocèle vaginale latérale avec vagin double et utérus simple, par MURET (*Revue méd. Suisse romande*, *XV*, *p. 280*, *mai 1895*).

Jeune fille de 18 ans, ayant depuis quelques mois des menstrues irrégulières et douloureuses. Au-dessus de la symphyse, tumeur élastique proéminant également dans un vagin très étroit, se terminant en cul-de-sac. L'incision vaginale de la tumeur donne issue à deux litres d'un sang brun chocolat, filant. Dès lors, menstruation régulière.

Le vagin était double ; celui de droite, le mieux développé, et dans lequel se trouvait l'hématocèle, était divisé en deux parties superposées par un diaphragme à orifice excentrique. A sa partie supérieure, se trouvait le col peu proéminent correspondant à un utérus petit, mais bien conformé, à la gauche duquel se sentait un ovaire.

Le vagin gauche allait en se rétrécissant de plus en plus et se terminait en haut par un cul-de-sac, sans aucune trace de col utérin. Il communiquait par un petit canal avec la partie supérieure de l'autre vagin. J. B.

Zur Pathologie und Therapie der Beckenabscesse des Weibes..... (Pathologie et thérapeutique des suppurations pelviennes, particulièrement envisagées au point de vue de l'opération radicale par le vagin), par LANDAU (*Archiv für Gyn.*, *XLVI*, *3*).

La première partie du mémoire de Landau est consacrée à l'historique des suppurations pelviennes, à leur classification, à leur étiologie basée sur l'anatomie pathologique. Il divise les abcès en extra-péritonéaux et intra-péritonéaux et décrit leur évolution.

La seconde partie, la plus importante, a trait au traitement. Landau recommande de recourir avant tout, pour bien établir le diagnostic, au toucher rectal, aux touchers rectal et vaginal associés, et à la ponction vaginale exploratrice. Puis, il résume 141 cas d'affections des trompes et des ovaires qu'il a traités par la laparotomie : le chiffre de la mortalité a été de 3 0/0. Toutefois, ces résultats, en apparence très favorables, ne

sont pas meilleurs que ceux des autres opérateurs, car des recherches ultérieures sur l'état des opérées lui ont montré qu'il n'y en avait en réalité que 60 à 70 0/0 de complètement guéries. Il attribue ce grand nombre d'insuccès à ce que la salpingectomie et l'ovariotomie double ne suppriment pas la source des récidives inflammatoires; des microorganismes peuvent rester dans les adhérences, dans les pédicules, dans le bassin, le péritoine et l'utérus, et ramener les suppurations nouvelles.

Aussi prefère-t-il l'opération radicale par le vagin. Il ne se contente pas d'enlever l'utérus comme Péan et Segond, mais il extirpe également les annexes malades. Il rapporte les observations de 30 malades qu'il a opérées ainsi et qui ont toutes guéri sans récidive.

Voici comment il résume le traitement des suppurations pelviennes: Quand il s'agit d'une collection purulente unilatérale et uniloculaire, on peut se borner à une simple incision, vaginale ou inguinale. Dans le cas d'abcès pelvien ou de pyosalpingite multiloculaires, d'un seul côté; on fera la laparotomie avec extirpation des annexes malades.

Quand la suppuration est bilatérale et uniloculaire, l'incision par le vagin ou par la paroi abdominale est indiquée.

Si l'affection est multiloculaire, on peut faire la laparotomie et l'ablation des annexes; mais cette opération ne garantit pas une guérison définitive. Il est bien préférable de recourir à une opération radicale, c'est-à-dire à l'ablation par le vagin de l'utérus et des annexes y compris toutes les poches suppurées: cette intervention, dans laquelle on agit par morcellement, donne des résultats parfaits.

Dans les cas où l'on n'est pas sûr d'avance de pouvoir enlever toutes les parties malades par le vagin, on aura recours à une opération mixte. Il est absolument nécessaire d'apporter plus de soin que par le passé au diagnostic de la bilatéralité des lésions, car on ne doit pas, se fiant à l'innocuité de l'opération radicale, s'exposer à stériliser une femme qui peut guérir par des procédés conservateurs. CH. MAYGRIER.

Three cases of pelvic inflammation attended with abscess of the ovary....., par C.-J. CULLINGWORTH (*Transact. of the obst. Soc. London, XXXVI, 4*).

La forme d'inflammation pelvienne à laquelle s'associent les suppurations des kystes de l'ovaire ou les abcès ovariques n'est pas une cellulite pelvienne, mais bien une salpingite; la suppuration ovarique n'est qu'une infection secondaire, partie de la trompe.

Dans la salpingite suppurée, le pus peut rester confiné dans la trompe; c'est ce qui a lieu quand il y a occlusion de l'ostium abdominal, ou bien il peut passer dans l'abdomen, si le pavillon est perméable et il se forme un abcès intra-péritonéal. D'ordinaire, cet abcès se collecte dans le cul-de-sac de Douglas; mais si la trompe est déplacée, comme dans le cas de grossesse, il peut siéger en d'autres points, par exemple, sur les parties latérales du bassin, près du détroit supérieur. Ces abcès sont d'ordinaire contigus à l'ovaire qui forme en partie leur paroi. Aussi l'ovaire est-il souvent le siège d'une infection secondaire, principalement, semble-t-il, quand il a subi un commencement de dégénérescence kystique.

Cullingworth rapporte trois cas d'abcès de l'ovaire reconnaissant cette origine. Dans le premier, on trouva deux abcès séparés dans l'ovaire,

l'un à son extrémité externe et juxtaposé à l'abcès intra-péritonéal, et l'autre à son extrémité interne. Dans le second cas, il y avait également deux abcès, mais le processus morbide était plus avancé, les deux collections communiquant ensemble par destruction du tissu ovarien. Dans le troisième cas, les lésions étaient encore plus prononcées ; l'ovaire était rompu, et son contenu s'était échappé au dehors.

Les deux premiers cas avaient une origine puerpérale, il y avait salpingite purulente et le pus avait fusé haut dans le bassin ; l'ovaire suppuré formait une partie de la paroi de l'abcès péritonéal. Ces deux cas se sont terminés par la guérison, le troisième par la mort.

L'auteur a pratiqué la laparotomie dans 83 cas pour des suppurations pelviennes non dues à la cellulite. Dans 30 cas, il s'agissait de kystes suppurés de l'ovaire, et 25 fois il y avait en même temps salpingite suppurée, aiguë ou chronique.

En résumé, les suppurations des ovaires sont après celles des trompes la forme la plus fréquente des inflammations pelviennes, en dehors de la cellulite. CH. MAYGRIER.

Extirpation of the uterus in diseases of the adnexa, par J.-M. BALDY (*Amer. Journ. of obst., juillet 1894*).

Doit-on enlever l'utérus dans les affections des annexes qui nécessitent leur ablation ? Pour résoudre cette question, Baldy envisage d'abord les points suivants :

1° Toutes les malades sont-elles guéries après une ovariotomie double ? La réponse est négative, car les cas sont nombreux et bien connus, où des femmes ont continué à souffrir, à avoir des pertes, etc., après l'ablation des ovaires ;

2° Quand l'ovariotomie n'a pas amené la guérison, l'ablation ultérieure de l'utérus guérit-elle les malades ? Se basant sur des faits personnels, l'auteur répond par l'affirmative ;

3° L'hystérectomie donne-t-elle une mortalité plus grande que l'ovariotomie double ? Les faits démontrent que non ;

4° La conservation de l'utérus a-t-elle pour les malades quelque inconvénient, quelque danger ? Incontestablement, d'autant que l'utérus peut devenir malade ultérieurement.

De là résulte pour le gynécologue l'obligation d'enlever l'utérus en même temps que les annexes, obligation sinon constante, du moins formelle dans les conditions que voici : quand l'utérus est lui-même infiltré, hypertrophié et malade ; quand on a quelque raison de supposer que l'utérus pourra devenir malade ; quand enfin l'ablation de l'utérus facilite l'opération ou donne une plus grande sécurité contre l'hémorragie.

Par contre, l'hystérectomie ne doit jamais être faite, quand l'ablation des ovaires n'est pas complète, si minime que soit la portion des annexes conservée.

En ce qui concerne la voie par laquelle l'utérus doit être enlevé, l'auteur se prononce formellement pour la laparotomie.

La plupart des gynécologues américains préfèrent la voie abdominale à la vaginale pour les raisons suivantes :

1° Les parties malades sont largement accessibles à la vue et au toucher, ce qui donne une plus grande sécurité à l'opérateur ;

2° Les lésions intestinales peuvent être facilement découvertes et traitées ;

3° Les annexes peuvent être complètement enlevées, en même temps que l'utérus, ce qui est très important ;

4° On peut remédier à toutes les lésions et recouvrir les surfaces dénudées avec le péritoine, ce qui rend le plus souvent le drainage inutile.

Les opérateurs américains sont arrivés, avec la laparotomie, à une mortalité moindre que celle que donne en France l'hystérectomie vaginale, et ils ont l'avantage de pouvoir enlever complètement toutes les parties malades, condition qui augmente les chances de succès. Les seuls cas où la voie vaginale est préférable sont ceux où il existe un vaste abcès pelvien accompagné d'adhérences intestinales qu'il serait impossible ou dangereux de détruire. CH. MAYGRIER.

De l'hystérectomie vaginale dans les lésions inflammatoires des annexes, par J. LAFOURCADE (*Arch. prov. de chir.*, *décembre 1894 et janvier 1895*).

Partisan convaincu de l'hystérectomie, l'auteur regarde la bilatéralité des lésions comme la condition indispensable de l'hystérectomie. Toute lésion unilatérale devra être traitée par la laparotomie, sauf les cas où une lésion de l'utérus coïncide avec la lésion des annexes.

Les lésions bilatérales peuvent être suppurées ou non suppurées. Les lésions suppurées peuvent être : 1° des poches non énucléables, fistuleuses ou non, suppuration diffuse ou abcès pelviens ; 2° des poches adhérentes, énucléables (fistuleuses ou non) ; 3° des poches libres.

Dans la première variété, l'hystérectomie vaginale est pour tous les auteurs l'opération de choix.

Dans les cas de pyosalpinx adhérent, de même l'hystérectomie permet l'ouverture large des poches, et la rétrocession des lésions est la règle. Dans les poches libres, la bénignité de l'opération, les résultats éloignés meilleurs, l'absence de cicatrices, sont de raisons suffisantes pour faire préférer l'hystérectomie. Enfin dans les cas de poches énucléables, les 42 cas de Terrier et Hartmann ne sont pas encourageants pour tenter la laparatomie ; 4 malades souffrent encore, 6 ont des fistules et 6 des éventrations. Par l'hystérectomie, sur 52 malades, Baudron n'a relevé que 2 cas où on a constaté ultérieurement des productions kystiques dans les débris d'annexes.

Dans les lésions non suppurées, l'hystérectomie est plus complète, la guérison supérieure, et les ennuis de la cicatrice sont évités. Les rétroversions, compliquées de salpingo-ovarites bilatérales, doivent aussi être traitées par l'hystérectomie. F. VERCHÈRE.

Zur Kasuistik der Uterussteine (Des pierres utérines), par J. THORN (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, *XXVIII*, *1*).

Thorn publie l'histoire d'une femme de 55 ans chez laquelle, un mois après l'ablation par le vagin d'une tumeur utérine pierreuse de la grosseur du poing, il dut faire la colpohystérectomie pour un cancer du corps. Le cancer

s'était développé au niveau du calcul et avait gagné le fond de l'utérus.

La pierre était elle-même constituée par un fibrome calcifié. Le microscope y démontra de nombreux espaces kystiques entre les faisceaux fibreux. Bien que ces espaces ne fussent pas tapissés par un épithélium, ils donnaient l'impression de culs-de-sac glandulaires sectionnés et avaient une structure analogue à celle des glandes utérines qu'on rencontre au voisinage des carcinomes.

D'après l'auteur, c'est la présence du myome qui, irritant la muqueuse utérine, a provoqué d'une part une prolifération glandulaire qui a envahi la tumeur elle-même, et d'autre part une néoformation épithéliale maligne au point d'insertion de cette tumeur.

La calcification du myome est due à ce qu'il s'est détaché progressivement de la paroi utérine, et à la gêne apportée ainsi à sa nutrition. L'âge de la malade était une circonstance favorable à cette transformation Cliniquement, ces pierres utérines se comportent comme les myomes sous-muqueux. Une fois diagnostiquées, elles doivent être enlevées; si elles sont trop volumineuses, elles peuvent nécessiter l'hystérectomie totale. CH. MAYGRIER.

Remarques sur les caractères macroscopiques de la salpingo-ovarite, par REYMOND (*Ann. de gyn., janvier-mars 1895*).

L'oblitération de l'*ostium uterinum*, si tant est qu'elle existe, appartient aux plus grandes raretés. Il arrive fréquemment que le liquide collecté dans une trompe ne puisse pas refluer dans l'utérus. Cela tient ordinairement à un rétrécissement de l'orifice tubaire, l'épaississement du tissu ou des brides. Il se produit encore fréquemment une torsion de la trompe par le mécanisme suivant : la muqueuse enflammée donne à la trompe plus de longueur, mais elle n'est suivie que par la couche des fibres musculaires. Les fibres longitudinales se dissocient, les plus externes, gardant leurs dimensions, restent accollées au péritoine et fixent les sinuosités de la cavité tubaire.

L'oblitération de l'*ostium abdominal* est beaucoup plus fréquente. Elle ne se produit jamais par l'accolement de la muqueuse à elle-même, mais par le recroquevillement des franges du pavillon qui, se retournant en dedans, s'adossent à elles-mêmes par leur face séreuse. Il peut arriver alors qu'elles adhèrent à l'ovaire. Au point de contact, une véritable usure fait communiquer quelquefois la cavité tubaire avec la cavité d'un abcès ou d'un kyste ovariens. La cavité ovarienne est surtout purulente, alors même qu'il n'existe pas de pus dans la trompe. On peut dire que l'infection ovarienne ne provient pas de la trompe. Les franges des trompes restent ordinairement recroquevillées en dedans.

Dans une forme très intéressante et de pathogénie très difficile à expliquer, les franges du pavillon de la hampe flottent dans le kyste ovarien. On trouve quelquefois une cavité purulente isolée entre la trompe et l'abcès ovarien. On voit enfin la trompe libre avec ses franges flottantes dans une cavité purulente. Les lésions qui expliquent l'adhérence des annexes aux organes voisins : épiploon, intestin grêle, rectum, vessie, sont très intéressantes. La résistance de la vessie à s'infecter est considérable. La condition nécessaire de cette infection dépend de la rétention d'urine. Tant que l'urine s'écoule librement, il n'existe pas, à proprement parler de cystite.

L'auteur n'étudie pas toutes les variétés de salpingites. Il insiste d'une façon particulière sur deux formes rares et mal décrites : la salpingite papillomateuse et la salpingite nodulaire (Voy. *R. S. M.*, XLVI, 566).

PORAK.

Ein Fall von willigem Schwund der Gebärmutterhöhle (Un cas d'occlusion complète de l'utérus), par FRITSCH (*Centr. f. Gyn., 29 décembre 1894*).

Une femme de 25 ans, ayant accouché normalement, eut au cours de ses suites de couches, d'ailleurs apyrétiques, des pertes sanguines pour les quelles elle consulta un spécialiste, qui lui fit le curetage de l'utérus. Les hémorragies s'arrêtèrent; mais, depuis cette opération, la femme ne revit plus ses règles. Au bout de deux ans, elle vient consulter Fritsch pour cette aménorrée et pour sa stérilité. Le col est petit, ferme, atrésié, le corps peu volumineux; les ovaires sont normaux. L'introduction de l'hystéromètre est impossible.

Le col est incisé, et Fritsch essaie, mais en vain, de pénétrer dans la cavité utérine; celle-ci est complètement oblitérée. Il tente de refaire cette cavité avec un bistouri et un dilatateur; il introduit une tige de laminaire et ensuite de la gaze iodoformée; mais au bout de 15 jours, la cavité artificielle est reformée. CH. MAYGRIER.

Ein Fall von Perforation des Uterus..... (Perforation de l'utérus par la curette avec étranglement de l'intestin), par ALBERTI (*Centr. f. Gyn., 29 septembre 1894*).

Une femme de 32 ans, multipare, entre à l'hôpital, ayant eu, après une aménorrée de quelques jours, une perte abondante et prolongée. Elle a été curetée par un médecin qui, croyant extraire des débris de caduque, a amené une anse intestinale avec sa pince. Il n'y a pas eu d'hémorragie, mais la femme a souffert et a perdu connaissance; aucune tentative de réduction n'a été faite.

A l'entrée, on constate que la malade est pâle, a le pouls petit et rapide, la peau chaude : son ventre est douloureux et tendre; une anse d'intestin grêle fait saillie dans le vagin.

La laparotomie est pratiquée; on tombe sur une perforation de l'utérus dans laquelle l'intestin s'est engagé et étranglé; il est rouge, violacé. La réduction en est difficile; on est obligé, pour l'opérer, d'inciser l'orifice interne et d'exercer sur l'anse des pressions pour en chasser les gaz qui la distendent. On remarque en même temps que le tissu utérin est d'une grande minceur et surtout d'une fragilité extrême. L'auteur ne put suturer qu'avec peine la lésion, tant les parois de l'utérus étaient friables; il fit en même temps l'extraction de nombreux débris ovulaires qui étaient restés dans la cavité utérine. L'opération n'eut aucune suite fâcheuse; mais, ultérieurement, cette femme eut de nouvelles hémorragies qui nécessitèrent encore le curetage et des injections de teinture d'iode. La guérison fut seulement alors définitive.

CH. MAYGRIER.

List of ovariotomies in women over eighty (80 ans), par L. REMFRY (*Transact. of the obst. Soc. of London, XXXVII, 2*).

Remfry rapporte l'observation d'une femme de 83 ans, atteinte à la fois d'un kyste de l'ovaire et d'un épithélioma de la grande lèvre gauche. Il l'opéra successivement de son épithélioma et de son kyste à deux mois d'intervalle, et la malade quittait l'hôpital 3 semaines après la seconde opération, complètement guérie.

L'auteur publie un tableau de dix ovariotomies pratiquées chez des femmes de plus de 80 ans. Toutes les opérées ont guéri. Leur convalescence fut simple; dans un cas seulement, il y eut de la cystite qui disparut rapidement. Chez neuf de ces femmes, le kyste était multiloculaire; l'absence d'adhérences était la règle. CH. MAYGRIER.

Viermal ausgeführter Bauchnitt an einer Person (Quatre laparotomies chez la même femme), par J. ELISCHER (*Centr. f. Gyn.*, *22 décembre 1894*).

La laparotomie répétée plus de deux fois chez une femme est une rareté. Elischer rapporte l'observation d'une malade qui l'a subie quatre fois avec succès, de 1890 à 1894, dans les conditions suivantes :

La première opération fut faite pour une pyosalpingite double, qui nécessita l'ablation des annexes. Des hémorragies s'étant produites à plusieurs reprises par la plaie, on dut rouvrir le ventre au bout de 39 jours : une artère du pédicule fut liée et la malade guérit.

Une année plus tard, nouvelle laparotomie, nécessitée par une suppuration de la cicatrice : on fut obligé d'exciser les deux pédicules, de libérer les adhérences et de reséquer même une partie de l'utérus.

La quatrième opération a été causée par des phénomènes d'obstruction intestinale : une hernie abdominale était survenue, au niveau de laquelle les anses de l'intestin adhéraient entre elles, et il s'était produit en ce point une coudure de l'intestin qui arrêtait le cours des matières fécales.

La malade quitta l'hôpital complètement guérie. CH. MAYGRIER.

Hernie inguinale de l'ovaire droit; castration unilatérale; guérison, par DE NAZARIS (*Congrès gyn. Bordeaux*, *août 1895*).

Le sujet de cette observation est une femme d'une quarantaine d'années ayant présenté les antécédents suivants : en 1882, apparition, au niveau de l'orifice inguinal externe, d'une petite tumeur solide, mobile, peu sensible et irréductible; après avoir grossi, elle disparaît spontanément à la suite du repos au lit, mais elle reparaît lorsque la malade se lève et de temps en temps s'accompagne de douleurs plus prononcées au moment des règles. En 1893, elle se montre dure et plus volumineuse, accompagnée de vomissements et d'un état syncopal ; le lendemain, la tumeur devient mollasse, fluctuante, et la crise prend fin. Depuis cette époque, tous les 15 jours, elle durcit et les phénomènes douloureux avec vomissements réapparaissent. La malade n'est plus réglée depuis quatre ans.

Une incision des téguments conduit sur une poche contenant 200 grammes de liquide citrin et au fond du sac se trouvent l'ovaire et la trompe herniés adhérents à l'orifice inguinal externe ; ablation de ces organes ; cure radicale et guérison. OZENNE.

Ueber Metastasenbildung bei carcinomatösen Ovarialcysten, par LANDERER (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, *XXXI*, *1*).

Trois observations d'ovariotomie pour cancer de l'ovaire sont rapportées par Landerer. Le diagnostic de tumeur maligne ne fut fait que dans 2 cas. Les 3 malades moururent à l'hôpital pendant leur convalescence.

L'examen nécroscopique fit reconnaître que dans les 3 cas, il s'agissait de kystes ovariques ayant subi la dégénérescence cancéreuse, et que déjà il s'était fait une généralisation dans le péritoine.

L'explication de cette métastase péritonéale peut s'expliquer de trois façons : ou par implantation directe sur la séreuse de parcelles détachées de la tumeur, ou par transformation de l'endothélium péritonéal en tissu cancéreux, ce qui ne peut avoir lieu que dans les points où le péritoine est en contact avec la tumeur, ou enfin par infection transmise par les lymphatiques.

Dans les cas signalés par l'auteur, l'extension des lésions métastatiques variait suivant leur siège. Sur la séreuse intestinale, les nodules cancéreux étaient disposés en forme d'anneau suivant le trajet des lymphatiques, et formaient autour de l'intestin une sorte de cuirasse qui en rétrécissait la lumière. Dans un cas, la néoformation s'était faite sur la muqueuse tubaire et avait envahi l'intérieur de la trompe.

On trouva chez une autre femme des cellules de la tumeur dans les lymphatiques de la trompe.

Cette généralisation à la trompe d'un cancer primitif de l'ovaire doit être recherchée avec soin, car, lorsqu'elle existe, il est nécessaire de réséquer aussi la trompe. CH. MAYGRIER.

Zur Symptomatologie und Prognose der Sarkome des Eierstocks (Ovaire), par L. PICK (*Centr. f. Gyn., 28 septembre 1894*).

Pick rapporte deux observations de sarcome de l'ovaire chez deux jeunes filles de 18 et de 16 ans. La seconde présentait des troubles de la vue, qui avaient fait supposer une métastase oculaire, mais ces troubles disparurent après l'opération. Toutes deux furent en effet opérées et guérirent.

L'auteur a pu réunir 23 cas semblables et il conclut :

1° Le pronostic des sarcomes de l'ovaire, quelle que soit la structure de la tumeur, est grave quand les deux côtés sont atteints, beaucoup plus favorable quand un seul côté est malade ;

2° Le sarcome à cellules rondes est le plus souvent double et malin ; quand il est unilatéral, il est moins grave ; mais cependant, il n'a jamais la bénignité du sarcome à cellules fusiformes unilatéral ;

3° Quand le sarcome de l'ovaire se développe dans le jeune âge, il affecte surtout la forme à cellules rondes. CH. MAYGRIER.

Zur Kentniss des Endothelioma Ovarii, par VOIGT (*Arch. f. Gyn., XLVII, 3*).

Voigt rapporte une observation de tumeur ovarique, de la grosseur du poing, développée dans le ligament large, qu'il a enlevée par la laparotomie chez une jeune fille de 16 ans.

L'examen microscopique lui a démontré qu'il s'agissait d'un endothéliome. Les bourgeons sarcomateux avaient leur point de départ dans l'endothélium des vaisseaux lymphatiques. Ces derniers étaient entourés par du tissu cellulaire ayant subi par places la dégénérescence hyaline.

Ces tumeurs sont d'une bénignité relative. Chez la malade de Voigt, l'affection remontait à deux ans, et, par les hémorragies qu'elle avait provoquées, elle avait amené de l'anémie. Il n'existait ni douleurs, ni ascite, ni métastases. Un an un quart après l'opération, l'opérée n'avait pas de récidive : elle était bien réglée et se portait très bien.

En ce qui concerne le siège intra-ligamentaire de la tumeur, l'auteur est de l'avis de Fritsch qui admet que c'est primitivement l'ovaire qui, dans ces cas, est anormalement intraligamentaire. CH. MAYGRIER.

Infection péritonéale post-opératoire à staphylocoques....., par PICHEVIN et PETIT (*Congrès gyn. Bordeaux, août 1895*).

A la suite d'une hystérectomie abdominale totale pour fibrome, une malade est prise de péritonite aiguë. L'examen d'une gouttelette de pus trouvée sur une pince dénote de nombreux cocci, quelques chaînettes de 3-4 éléments et de rares diplocoques. On fait la laparotomie et l'on rencontre une péritonite généralisée avec quelques fausses membranes seulement. Lavage avec 20 litres d'eau boriquée et salée ; guérison. OZENNE.

Des escarres sacrées à la suite de l'hystérectomie vaginale, par LEGUEU (*Cong. gyn. Bordeaux, août 1895*).

Dans deux cas d'hystérectomie vaginale, longue et laborieuse, l'une pour suppuration pelvienne bilatérale et l'autre pour fibrome, Legueu a observé l'apparition d'escarres sacrées, qui n'ont entravé que momentanément la guérison. L'auteur attribue ces escarres aux troubles trophiques qui résultent de manœuvres pénibles, au cours desquelles les nerfs sont tiraillés et irrités. OZENNE.

Aspiration des liquides sécrétés dans le cul-de-sac péritonéal après les laparotomies laborieuses, par DURET (*Cong. gyn. Bordeaux, août 1895*).

A la suite des laparotomies laborieuses les opérées peuvent mourir de septicémie due à la rétention et à la virulence des liquides sécrétés dans le cul-de-sac péritonéal, que cette virulence provienne de la décomposition ou d'une infection par l'intestin. Pour y remédier, Duret conseille l'aspiration méthodique et répétée, faite trois ou quatre fois par jour, des liquides septiques. Il en rapporte deux observations suivies de succès.

OZENNE.

Sur un procédé définitif d'hystérectomie abdominale totale pour fibromes utérins par RICHELOT, et discussion (*Bulletin Soc. chir., XXI, p. 339, 349, 400, 427, 445 et 456*).

Le perfectionnement de la technique a fait abandonner le pédicule externe, qui expose aux éventrations, et le pédicule rentré, même recouvert de péritoine, en raison des ennuis multiples qu'il occasionne. Si on s'y résout parfois, c'est par nécessité, ou par crainte des méthodes plus radicales. L'idéal est d'enlever la totalité de l'utérus. Le procédé de l'auteur se résume en deux mots : abandon complet des ligatures et sutures, pinces à demeure comme dans l'hystérectomie vaginale. L'opérateur se place entre les jambes de la malade. L'abdomen ouvert, si les tumeurs gênent les manœuvres, on commence par les énucléer par section médiane de l'utérus. Ce temps, très important, permet de restituer aux ligaments larges leur longueur normale, ou à peu près. La vessie est rabattue en avant, le cul-de-sac antérieur ouvert sur l'index gauche introduit dans le vagin comme conducteur. Vient ensuite le temps particulier à cette nouvelle opération. Une très longue pince étant introduite par le vagin, on conduit son mors antérieur au-devant du ligament large, et son mors postérieur en arrière, au moyen d'une petite perforation de

la base du ligament. Il reste à sectionner le cul-de-sac postérieur. Pas de fermeture du péritoine, drainage par le vagin.

Reynier fait remarquer que, pour les gros fibromes, leur extraction préalable du corps utérin peut être laborieuse et causer des hémorragies. Jusqu'à nouvel ordre, il se contentera pour eux du procédé plus sûr de Bouilly : ablation de la majeure partie de l'organe au-dessus d'un fil de caoutchouc; ablation consécutive, par le vagin, du moignon ainsi formé. C'est aussi l'opinion de Championnière, qui a vu Doyen aux prises avec de sérieuses difficultés dans l'application de son procédé pourtant si plein de promesses.

Ricard, Routier, Tuffier, Segond se défient du va-et-vient vagino-abdominal, et, redoutant l'infection, expriment nettement leurs préférences pour la voie abdominale seule. On assure l'hémostase par des ligatures, et le drainage est fait par le vagin, car il ne faut pas essayer de le fermer par des sutures. Reprenant la discussion, Richelot considère comme hors de cause le cas de fibrome pédiculé, ou de tumeurs quelconques ayant amené un trop grand affaiblissement par hémorragies successives (opération de Battey pour ces dernières). Restent les cas de grosse tumeur du corps ou du segment inférieur. Le plan incliné permet de voir dans le bassin, de vider l'utérus, de redonner leur longueur première aux ligaments larges distendus, et d'appliquer le procédé des pinces. Cela vaut mieux que l'opération de Péan, car il arrive de ne pouvoir enlever sans peine le pédicule formé par l'abdomen, en raison de son adhérence solide aux parties voisines. ARROU.

Zur Technik der vaginalen Uterusextirpation, par ABEL (*Arch. f. Gyn.*, *XLVI*, *1*).

Abel a pratiqué 14 fois l'extirpation totale de l'utérus par le vagin, en se servant des pinces suivant la méthode de Landau et de Richelot. Il a perdu une opérée, chez laquelle, au moment de l'ouverture du cul-de-sac postérieur, du sang et du pus cancéreux avaient pénétré dans le péritoine. Ce décès, dû à une péritonite septique, ne saurait donc être attribué à la méthode. Les 13 autres femmes ont guéri.

Il résume ainsi les avantages de l'opération de Richelot :

1° Rapidité de l'opération, ce qui abrège la durée de l'anesthésie ;

2° Perte minime de sang et sécurité dans l'hémostase ; pas d'hémorragie consécutive à craindre ;

3° Faible mortalité, qui ira encore en diminuant ;

4° Possibilité d'opérer des cas inopérables par d'autres méthodes ;

5° Sécurité contre les récidives, au moins théoriquement ; l'avenir confirmera sans doute ce point. CH. MAYGRIER.

Beitrag zur Verbesserung der Dauerresultate der Totalextirpation bei Carcinoma Uteri, par MACKENRODT (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, *XXIX*).

Malgré la sûreté de sa technique, l'extirpation totale de l'utérus cancéreux ne guérit d'une façon durable que la moitié des opérées. Cela tient, d'après Winter, à la possibilité d'une pénétration de produits cancéreux dans les tissus sains au cours même de l'opération. Mackenrodt pense qu'on doit surtout attribuer la cause des récidives à ce qu'on n'a pas fait une ablation assez radicale, et qu'on a laissé des foyers cancéreux dans

des tissus paraissant sains; il est arrivé à cette opinion par l'examen microscopique de nombreux utérus enlevés; là où on croyait avoir opéré en plein tissu sain, le microscope montrait des traînées carcinomateuses.

Le seul moyen d'améliorer les résultats de l'ablation totale est d'exciser une étendue des ligaments larges plus grande qu'on ne l'a fait jusqu'à présent dans la crainte de léser les uretères. Or, pour éviter de blesser ces conduits, il suffit d'écarter la vessie non seulement de l'utérus mais aussi des ligaments larges. En séparant ainsi les parties latérales de la vessie de ces ligaments, on éloigne en même temps les uretères, et on n'a plus à craindre de les léser; on peut alors enlever, avec le col, 2 à 3 centimètres de ligaments larges de chaque côté.

Cette séparation de la vessie et des uretères de la face antérieure des ligaments larges peut être opérée aussi bien par la voie vaginale que par la voie abdominale. Quand le vagin est dur, l'utérus gros, et quand le cancer est très étendu, l'auteur préfère la laparotomie à l'extirpation par le vagin. CH. MAYGRIER.

Ueber Deciduosarcoma Uteri, par K. MENGE (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn,, XXX, 2*).

Une femme de 35 ans expulse, en décembre 1892, une môle vésiculaire; quelques débris restés dans l'utérus sont extraits avec la main. En mai 1893, hémorragies utérines; un médecin fait le curetage. Les pertes se renouvellent en juillet, et la malade entre à l'hôpital; dilatation du col, on trouve sur la paroi antérieure de l'utérus un noyau de la grosseur d'un haricot : nouveau curetage. Trois semaines plus tard, répétition de l'hémorragie, qui est abondante. On redilate le col et on retrouve une tumeur sur la face antérieure, exulcérée. On diagnostique un déciduo-sarcome; le microscope confirme cette opinion. A quelques jours de là, on pratique la colpohystérectomie, et on fait l'ablation de quelques noyaux métastatiques ayant envahi le vagin. Récidive trois mois et demi plus tard; noyaux à l'entrée du vagin. Mort au bout de six mois. On trouve à l'autopsie des métastases dans les deux poumons, l'intestin, le petit bassin.

Menge place l'origine de cette tumeur dans la caduque de la grossesse; ses caractères sont ceux du sarcome, et les cellules nouvelles ressemblent aux cellules de la caduque.

En ce qui concerne les relations de la môle vésiculaire avec le déciduo-sarcome, il pense que le sarcome, en se développant dans les premiers mois aux dépens des cellules de la caduque, gêne la nutrition des villosités et amène leur dégénérescence. Dans d'autres cas, le sarcome cause l'expulsion prématurée d'un œuf peu modifié.

Le diagnostic est parfois difficile; il doit être fait avec l'avortement, les polypes placentaires, le sarcome et le carcinome du corps de l'utérus. La meilleure manière de l'établir est de pratiquer le toucher utérin et de faire l'examen microscopique des parcelles enlevées avec le doigt.

Quand le diagnostic est posé, le traitement qui s'impose est l'extirpation totale. Le pronostic reste grave, car, malgré l'opération, des récidives peuvent se produire. CH. MAYGRIER.

L'épispadias chez la femme, par DURAND (*Ann. de gyn., juillet 1895*).

Ce vice de conformation est très rare. Il présente plusieurs degrés :

1er degré. — Le méat urétral s'ouvre au-dessus du clitoris dédoublé. Il n'y a pas de fente urétrale supérieure.

2e degré. — Il y a fente de la paroi supérieure et saillie de la paroi postérieure de l'urètre dans la portion sous-symphysienne.

3e degré. — Même lésion, mais en arrière de la symphyse.

Enfin, il existe des cas où la symphyse restant intacte, le méat vésical est intéressé. L'auteur pense que cette variété appartient à l'exstrophie de la vessie et non à l'épispadias. C'est, à son sens, une erreur de croire que toute exstrophie de la vessie est toujours accompagnée de la disjonction de la symphyse du pubis.

L'épispadias est une malformation du cloaque externe. Il s'explique par une hypertrophie du bouchon cloacal de Tourneux, coïncidant avec un arrêt de développement corrélatif de la paroi infra-abdominale de l'abdomen.

Il occasionne fréquemment l'incontinence constante ou impulsive de l'urine et nécessite, par conséquent, une opération autoplastique, qui consiste à reformer l'urètre en le plaçant, autant que possible, à sa place ordinaire, à restaurer les organes génitaux et à leur redonner leur physionomie normale. PORAK.

Fistules vésico-utéro-vaginales, par LANELONGUE et FAGUET (*Cong. gyn. Bordeaux, août 1895*).

Sur trois femmes atteintes de ces fistules, le succès a été obtenu par le procédé opératoire suivant : anesthésie locale à la cocaïne. D'abord on incise le col au niveau de la fistule (s'il y a lieu) et les bords de cette dernière, largement avivés, sont suturés au catgut ou à la soie; ensuite la déchirure du col est traitée comme dans la trachélorraphie ordinaire. Sonde à demeure pendant 12 à 14 jours et repos au lit pendant 20 jours.

OZENNE.

Nouveau procédé opératoire pour la réparation des fistules recto-vaginales, par SEGOND (*Ann. de gyn., juillet 1895*).

Deux jeunes filles de 16 ans s'introduisirent dans le vagin un pot de pommade. L'une succomba par péritonite; l'autre garda le corps étranger après des accidents assez graves, puis se maria. Elle eut à 31 ans une péritonite, qui la força à avouer la cause des accidents ; d'où l'ablation du corps du délit. A la suite de cette extraction, on constata au fond du cul-de-sac postérieur une large brèche faisant communiquer le vagin avec le rectum. Tous les procédés opératoires conseillés pour la réparation de cette fistule recto-vaginale n'étaient pas applicables dans ce cas.

S. dilata le rectum, décolla tout le rectum à quelques centimètres au-dessus de l'anus, dépassa les limites de la fistule, attira le rectum ainsi mobilisé en bas, reséqua toute la partie du rectum situé au-dessous de la fistule, sutura le bord du rectum ainsi excisé à l'anus. Le rectum formait donc un volet qui fermait la fistule vaginale. Il aviva alors la fistule et la sutura par le vagin. On introduisit alors dans le dédoublement recto-vaginal un drain que l'on enleva au bout de 14 heures. Pansement du vagin avec la gaze iodoformée. Guérison.

L'auteur croit qu'on peut appliquer cette méthode opératoire à tous les cas de fistule recto-vaginale. Qui peut le plus peut le moins. Ce pro-

cédé réalise d'ailleurs l'indication aujourd'hui démontrée dans la périnéorraphie et dans les colpopérinéorraphies d'attirer en bas la muqueuse rectale, de façon à empêcher l'accès des gaz intestinaux au niveau de la surface d'avivement. PORAK.

I. — **Zur Aseptik bei der Geburt, par Hans MEYER** (*Corresp.-Blatt für schweiz. Aerzte, n° 9, p. 258, 1er mai 1895*).

II. — **Discussion de la Société des médecins de Zurich** (*Ibid., n° 6, p. 177, 15 mars 1895*).

I. — Rob. Boxall, qui a relevé la mortalité des femmes pendant la première semaine de leurs couches, en Angleterre, depuis 1847 à 1892 est arrivé aux chiffres suivants de décès rapportés à dix mille accouchements :

	DE 1847 A 1892			DE 1847 A 1880			DE 1880 A 1892		
	Fièvre puerpérale	Accidents	Total	Fièvre puerpérale	Accidents	Total	Fièvre puerpérale	Accidents	Total
Angleterre et Galles.	19,5	29	48,5	16,7	34,6	51,3	24,9	22,1	47
Londres	21,3	24,2	45,5	24,1	30,6	54,7	21,5	15,9	37,4
Provinces	19,4	29,3	48,7	15,8	34,2	50	25,6	23,3	48,9

Il ressort de ce tableau que la mortalité totale des femmes en couches durant le 1er septenaire a peu baissé, sauf à Londres. D'autre part, les décès par fièvre puerpérale, somme toute, sont plus nombreux depuis 1880, car s'ils ont légèrement diminué à Londres, ils ont considérablement augmenté dans le reste de l'Angleterre. Seule, la mortalité due à des accidents, tels qu'hémorragie, éclampsie, etc., s'est réduite presque de moitié à Londres et d'un tiers dans les comtés.

II. — A la clinique obstétricale de Zurich, la mortalité par infection puerpérale n'est que de 1 pour mille. Depuis 1888, Wyder a essayé divers antiseptiques, il a renoncé au sublimé à la suite de 3 intoxications mortelles. Sauf dans les cas où on a dû manipuler l'utérus, Wyder a complètement renoncé aux irrigations ante et post partum. Quand des injections intra-utérines paraissent indiquées, il emploie le lysol et surtout l'eau stérilisée chaude.

Pour le choix de l'antiseptique à mettre aux mains des sages-femmes, Wyder conserve l'acide phénique pour éviter de leur en prescrire deux, l'une pour elles-mêmes et leurs instruments, l'autre pour leurs clientes.

Car Meier-Wirz a établi la mortalité des femmes en couches dans le canton de Zurich pour une période de 20 ans (1870-1890). De 1870 à 1880, sur un chiffre de 91,956 accouchements, 1,013 femmes sont mortes en couches (1,1 0/0) dont 666 (0,72 0/0) par infection puerpérale. De 1880 à 1890, sur un chiffre de 90,903 accouchements, 716 femmes sont mortes en couches (0,78) dont 434 (0,47) par infection puerpérale. Les proportions centésimales sont naturellement beaucoup plus élevées que dans la statistique de Boxall qui n'embrasse que la première semaine des couches. J. B.

The aseptic dressing of the umbilical stumps (cordon ombilical), par J. Eve ALLEN (*Americ. j. of obst., avril 1894*).

Le cordon est saisi avec une pince stérilisée et coupé à six centimètres de l'abdomen. Une fois le corps de l'enfant bien nettoyé, on lave l'abdomen du fœtus et le cordon avec la solution de sublimé à 1 0/00. Puis le cordon est sectionné de nouveau à $2^{cm},5$ de l'ombilic, la gélatine en est supprimée, et on le lave encore au sublimé. La ligature est alors faite avec un fil de soie élastique stérilisé. Ces fils sont ainsi préparés : on les fait bouillir pendant une demi-heure dans une solution de sublimé à 1/500, et on les trempe ensuite dans de l'éther iodoformé à 1/50 : ils ont dix centimètres de long, et sont conservés dans un vase stérilisé et bien bouché.

Le pansement est fait avec de la gaze stérilisée imbibée de glycérine pure : la glycérine est spécialement indiquée parce qu'elle n'est pas irritante, qu'elle est aseptique, et qu'en vertu de ses propriétés hygroscopiques, elle hâte la chute du cordon.

Le cordon, ainsi pansé, tombe en général au bout de trois jours. Après son élimination, l'ombilic est pansé avec de la poudre d'aristol et de la gaze stérile.

Des examens microscopiques répétés ont permis à l'auteur de s'assurer que les débris du cordon ainsi traité ne renferment jamais de microbes.

Si l'ombilic vient à s'ulcérer ou à s'infecter, le meilleur traitement consiste à faire de fréquents lavages au peroxyde d'hydrogène, à toucher la plaie au nitrate d'argent, et à la panser avec de l'aristol, de la gaze stérilisée et une bande de flanelle. CH. MAYGRIER.

Die puerperale Involution der Uterusmusculatur (L'involution puerpérale de la musculature utérine), par W. BROERS (*Archiv f. pathol. Anat., CXLI, 1*).

Broers a mesuré les dimensions des fibres musculaires de l'utérus de la lapine : 1° dans l'organe à l'état de repos ; 2° pendant la gestation ; 3° 1 ou 2 heures après le part ; 4° 30 à 40 heures après le part ; 5° 3, 5, 7, 18 et 33 jours après le part.

Les résultats principaux de ces recherches peuvent se résumer ainsi :

Les fibres musculaires de l'utérus augmentent de volume pendant la gestation ; mais les diamètres de la fibre musculaire de l'utérus gravide ne dépassent pas, en moyenne, plus de 2 ou 3 fois ceux de la fibre musculaire de l'utérus à l'état de repos.

Les tuniques musculaires de l'utérus diminuent de volume après le part : 1° grâce à la résorption du glycogène qui se trouve dans la fibre hypertrophiée pendant la gestation ; 2° grâce au ratatinement du tissu conjonctif inter-musculaire. Les vaisseaux sanguins deviennent exsangues à la suite des contractions utérines, en même temps que les parois vasculaires s'amincissent.

A la fin du premier jour après le part, on voit apparaître des gouttelettes graisseuses dans l'intérieur de la fibre musculaire. Les jours suivants, ces gouttelettes augmentent de nombre et confluent en grosses gouttes, qui sortent de la fibre musculaire et se déposent dans le tissu conjonctif inter-musculaire.

Au bout de 7 à 12 jours, les fibres musculaires ont tellement diminué

de volume que leurs dimensions se rapprochent de celles de la fibre de l'utérus à l'état de repos. Nulle part, on ne voit des traces de la destruction de la fibre musculaire.

La graisse, qui a été déposée dans le tissu conjonctif inter-musculaire, est résorbée très lentement, puisqu'on en trouve encore dans la cinquième semaine qui suit le part.

La tunique musculaire des artères subit des phénomènes d'involution analogues. ÉD. RETTERER.

Ueber Veränderungen der Frauenmilch..... (Des modifications du lait et du colostrum chez les accouchées malades), par H. LUDWIG (*Arch. f. Gyn.*, *XLVI*, *2*).

Ludwig a fait des recherches expérimentales sur le lait de femmes accouchées présentant un état pathologique et il a pu établir les conclusions suivantes : chez les femmes tuberculeuses, la matière grasse du lait est fortement accrue ; les autres éléments ne sont pas modifiés.

Chez les albuminuriques, quelle que soit la quantité d'albumine que contient l'urine, si la nutrition se fait mal, le lait contient beaucoup moins de substances albumineuses que normalement.

Chez les femmes anémiées, qui ont de graves hémorragies, le lait est plus pauvre en éléments solides, en graisse et en sucre.

Chez les accouchées fébricitantes, les matériaux solides et la graisse diminuent d'une façon constante ; les modifications du sucre et des matières albumineuses sont variables.

Le lait des syphilitiques contient moins de matériaux solides, de graisse et de sucre. CH. MAYGRIER.

L'ictère grave chez la femme enceinte....., par DEMELIN (*Cong. gyn. Bordeaux*, *aout 1895*).

L'auteur rapporte trois faits d'ictère grave chez des femmes enceintes. Dans le premier cas, on a pratiqué l'avortement, à la suite duquel la femme a succombé ; dans le second, il y a eu accouchement spontané à huit mois et mort consécutive. Enfin, la troisième femme, qui a accouché rapidement, a guéri ; chez cette dernière, les accidents (ictère, hémorragies) ne dataient que de 4 jours, tandis que chez les autres ils avaient duré plus longtemps : de plus, l'urine de ces deux dernières ne contenait pas d'albumine, ce qu'on avait constaté, au contraire, chez la malade qui a survécu. OZENNE.

Un cas de streptococcie survenue au huitième mois de la grossesse....., par BAR et RENON (*Cong. gyn. Bordeaux*, *août 1895*).

Parturiente enceinte de huit mois ; fièvre intense et quelques contractions utérines. Des cultures ayant révélé dans des secreta cervicaux la présence du streptocoque pur, on précipite la marche du travail, pendant lequel l'enfant meurt. Dans le sang placentaire maternel cultivé, on trouva des colonies pures de streptocoques. Rien dans le sang ni dans les viscères de l'enfant. Mort de la mère trois jours après l'accouchement, malgré des injections de sérum de Marmorek ; le paramétrium contenait du pus. OZENNE.

Leistenbruch des schwangeren Uterus; natürliche Fruhgeburt (Hernie inguinale de l'utérus gravide; accouchement spontané avant terme; cure radicale de la hernie; guérison), par ROSANOFF (*Arch. f. klin. Chir., XLIX, 4, p. 918-924*).

Il s'agit d'une hernie inguinale de l'utérus gravide. Le sujet est une femme de 45 ans, mère de douze enfants et ayant une hernie inguinale gauche dont elle fait remonter le début à cinq ans. Elle présente une tumeur énorme, fluctuante, compacte, mate à la percussion; le col de l'utérus est très élevé et en rapport de continuité avec la masse herniaire.

Quelques mois plus tard, cette femme donna le jour à un fœtus de 2.200 grammes. L'accouchement fut pour ainsi dire normal. Le lendemain la matrice et les annexes purent être réduits, sauf l'ovaire gauche et une partie de la trompe. Trois mois plus tard, des anses intestinales vinrent prendre, dans le sac herniaire, la place laissée par l'utérus; aussi fut-on obligé de pratiquer la résection de l'ovaire et de la trompe, de réduire les anses intestinales et de suturer le collet du sac herniaire après ablation faite. La guérison survint au bout d'un mois.

Dans tous les cas décrits jusqu'à ce jour, la hernie de l'utérus était irréductible; l'observation de Rosanoff est donc unique en son genre.

M. B.

Sur l'action ecbolique du sucre administré durant l'accouchement, par L. BOSSI (*Archives ital. de biol., XXI, p. 300*).

L'auteur a employé le sucre (30 gr. dans 250 gr. d'eau), pour raviver l'utérus fatigué dans l'accouchement. Il a constaté que : 1° dans les quatre cinquièmes des cas, on obtient un effet ecbolique positif; 2° cet effet se produit environ une demi-heure après l'ingestion (35'-45'); 3° la durée de l'effet a suffi plusieurs fois pour l'expulsion; 4° l'effet s'accentue avec une nouvelle dose administrée au bout de deux heures; 5° dans aucun cas on n'eût de contractions tétaniques ni d'étranglement du placenta; mais seulement des contractions régulières. — L'auteur conclut que le sucre est une précieuse acquisition pour la thérapeutique obstétricale.

DASTRE.

Sur l'emploi de la glycérine dans le but de provoquer l'accouchement, par P. FERRARI (*Archives ital. de biologie, XXIII, p. 167*).

La glycérine injectée dans la cavité utérine pour déterminer l'avortement ou l'accouchement prématuré n'a pas une action constante : elle est nuisible et dangereuse par les altérations du sang et du rein qu'elle produit. Elle est nuisible au fœtus. DASTRE.

Zur operativen Behandlung der myome...... (Traitement opératoire des myomes pendant la grossesse et l'accouchement), par APFELSTEDT (*Archiv für Gyn., XLVIII, 1*).

Relation d'un cas d'opération de Porro pour des myomes multiples profondément situés et mettant obstacle à l'accouchement. L'opération fut pratiquée après le début du travail, et le pédicule rentré dans le ventre. L'enfant naquit en état d'asphyxie, mais fut ranimé. La mère guérit sans complications.

Se basant sur les statistiques les plus récentes, Apfelstedt préconise l'opération de Porro, une fois le travail commencé. En tout cas, il faut

au moins attendre, pour intervenir, la fin de la grossesse ; car les myomes qui paraissent pendant la grossesse devoir mettre un obstacle invincible à l'accouchement peuvent se déplacer, s'élever et permettre une délivrance spontanée.

D'autre part, l'opération de Porro donne de meilleurs résultats que la myomotomie et l'amputation supra-vaginale pratiquées pendant la grossesse. Quant à l'avortement provoqué, il est très dangereux et souvent impraticable.

Dans ces dernières années, l'opération césarienne pour fibromes à donné une mortalité de 50 0/0, tandis que celle de l'opération de Porro n'a été que de 20 0/0. CH. MAYGRIER.

Zur Complication der Schwangerschaft und der Geburt durch Ovarialtumoren, par N. FLAISCHLEN (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, *XXIX*).

La plupart des auteurs admettent que lorsqu'une grossesse est compliquée par une tumeur de l'ovaire, l'ovariotomie est indiquée et qu'elle doit être faite de bonne heure. Quelques-uns seulement conseillent, chez les femmes qui ont peu d'enfants, d'attendre une époque plus avancée de la grossesse où le fœtus sera viable, craignant que l'ovariotomie n'interrompe le cours de la gestation.

Flaischlen rapporte 5 observations d'ovariotomie pendant la grossesse : l'opération fut pratiquée deux fois au 2e mois, deux fois au 3e et une fois au 5e. Dans 4 cas, la grossesse alla à terme et les enfants naquirent vivants ; dans un seul cas, l'accouchement eut lieu prématurément, mais sept semaines après l'opération, et par conséquent sans que celle-ci en fût la cause.

La dystocie par tumeurs ovariques est rare, car sur 17,832 accouchements, à la maternité de Berlin, il n'y en a eu que 5 cas. Quand la tumeur occupe la cavité abdominale, l'accouchement n'en est que peu ou pas influencé. Lorsqu'elle siège dans le petit bassin, il faut avant tout, essayer de la refouler au-dessus du détroit supérieur. Dans 2 cas, l'auteur a réussi à faire cette réduction, sous le chloroforme, chez des femmes en travail; dans ces deux faits, les enfants furent extraits vivants avec le forceps, et l'ovariotomie fut faite après les suites de couches.

Si la réduction ne peut être opérée, le procédé généralement recommandé comme le meilleur est l'incision de la tumeur par le vagin, après suture préalable de la paroi kystique à la paroi vaginale, les lavages dans le kyste et le drainage amèneront ensuite son évacuation complète. Flaischlen, qui a eu par ce procédé un cas d'infection, le repousse. Il indique comme plus rationnelle la thérapeutique suivante : le kyste est incisé par le vagin et suffisamment amoindri pour qu'on puisse extraire l'enfant. Puis on ferme la plaie vaginale par des sutures, et on pratique l'ovariotomie un jour au plus tard après l'accouchement.

La laparotomie précoce pendant les suites de couches peut être indiquée si le kyste s'est rompu pendant le travail, et si des manifestations péritonitiques s'en suivent : de même si la péritonite apparaît après la ponction du kyste.

S'il s'agit de tumeurs solides de l'ovaire mettant obstacle à l'accouchement, c'est à l'opération césarienne qu'il convient de recourir.

CH. MAYGRIER.

Rétention d'un fœtus mort, provocation du travail par le salicylate de soude, par Ch. VINAY (*Loyn méd., 3 novembre 1895*).

Femme de 44 ans, 12-pare ; dans le cours d'une dernière grossesse, au 5e mois, elle est prise de coliques hépatiques avec ictère. Elle reste malade, ne sent plus les mouvements de l'enfant. On ne perçoit aucun bruit du cœur à son entrée à l'hôpital, au 8e mois de la grossesse. Provocation du travail par une dose journalière de 5 grammes de salicylate de soude. Au 5e jour, accouchement d'un enfant mort, représentant un fœtus de 5 mois.

L'auteur conseille, comme un moyen à la portée de tous les médecins, ce médicament avant de recourir aux méthodes plus sérieuses de provocation de l'accouchement. A. CARTAZ.

Beitrag zur Kasuistik der Retention abgestorbener Früchte im Uterus (Rétention d'un fœtus mort dans l'utérus), par KÖNIG (*Centr. f. Gyn., 3 novembre 1894*).

König rapporte l'observation d'une femme de 37 ans, multipare, qui devint enceinte de nouveau à la fin de février 1893. A la fin de mai, survinrent tous les signes de la mort du fœtus : cessation d'augmentation du ventre, disparition de tous les phénomènes sympathiques de la grossesse, montée laiteuse, etc. Or, ce ne fut qu'en mai 1894, au bout de 12 mois de rétention et 6 mois après le terme normal de la grossesse, qu'elle expulsa le produit de conception ; le fœtus, très altéré, était parfaitement reconnaissable et le placenta présentait des noyaux d'apoplexie. CH. MAYGRIER.

Das Verhältniss des Schädels der Mutter zu dem des Kindes..... (Comparaison de la tête de la mère à celle de l'enfant.....), par GÖNNER (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., XXVIII, 2*).

Gönner a fait, chez 100 femmes enceintes, des mensurations du bassin, de la tête et de la longueur du corps, et, après l'accouchement, il a comparé les chiffres obtenus aux dimensions de la tête et au poids du fœtus. De ses recherches, très soigneusement conduites, il conclut qu'il n'existe aucun rapport entre l'indice céphalique de la mère et celui du fœtus et qu'on ne peut par conséquent pas, dans les rétrécissements du bassin, conclure du volume de la tête maternelle à celui de la tête fœtale, au point de vue de la facilité ou de la difficulté de l'accouchement. Le poids du fœtus augmente avec la longueur du corps de la mère.

La tête fœtale a été trouvée volumineuse 28 fois sur 100 ; 19 fois chez des garçons, 9 chez des filles. Les grosses têtes s'observent donc plutôt chez les garçons. CH. MAYGRIER.

Ueber das Crede'sche Verfahren in Nachgeburtsperiode (Méthode de Credé pour la délivrance), par PELZER (*Archiv für Gyn., XLVII, 3*).

Les recherches de Pelzer ont porté sur 1,000 accouchements. Il oppose la méthode de délivrance de Credé à la méthode d'expectation d'Ahlfeld, dont la critique a été faite dans le mémoire de Beaucamp (*R. S. M.*, XLI, 596). Avec l'expression on n'a que 24,2 0/0 d'hémorragie, tandis que le chiffre donné par Beaucamp est de 32,6 0/0 avec l'expectation.

Avec la méthode de Credé, la perte de sang est moindre ; les accidents fébriles ne sont que de 31,3 0/0 au lieu de 52 0/0 avec la méthode d'Ahlfeld.

Toutefois, la statistique donne, pour la rétention des membranes, 1,8 0/0 de plus avec la méthode de Credé qu'avec celle d'Ahlfeld.

A part ce dernier point, le travail de Pelzer établit la supériorité de la première méthode de délivrance sur la seconde. CH. MAYGRIER.

Traitement des vomissements incoercibles des premiers mois de la grossesse par le curetage, par AUDEBERT (*Cong. gyn. Bordeaux*, *août 1895*).

Lorsque, après l'insuccès complet de tous les moyens thérapeutiques pour arrêter les vomissements incoercibles dans les premiers mois de la grossesse, on est contraint de provoquer l'avortement, Audebert conseille de faire la dilatation avec des tiges de Hegar et de pratiquer le curetage. Cette méthode offre les avantages suivants : action rapide et certaine; évacuation totale de l'utérus, et suppression des troubles réflexes; hémorragie réduite à son minimum et innocuité en des mains prudentes et aseptiques. OZENNE.

Zur Technik der Perforation des nachfolgenden Kopfes (Perforation de la tête dernière), par Th. DEMMER (*Centr. f. Gyn.*, *10 novembre 1894*).

Femme de 35 ans, bien conformée, mais de forte corpulence, dont la mère et la sœur ont eu des enfants très volumineux. Elle est enceinte pour la cinquième fois.

Le premier accouchement s'est terminé par une application de forceps; l'enfant pesait 11 livres. Le deuxième a été provoqué à 8 mois; l'enfant est né mort; il était très gros. Le troisième a été spontané, mais très pénible; le fœtus est mort pendant le travail. Le quatrième a nécessité le forceps : enfant mort, du poids de 11 livres.

Actuellement, cette femme est à terme, et en travail. L'enfant se présente par les pieds; il paraît encore très volumineux. La dilatation étant complète, on procède à l'extraction qui est très difficile. Le fœtus succombe au cours de ces manœuvres, et la tête reste dernière, très élevée, dans les organes génitaux. Après avoir attendu vainement la sortie spontanée de la tête, Demmer introduisit la main jusqu'à la bouche et put abaisser la mâchoire inférieure sur laquelle il fixa un crochet de Braun pour l'immobiliser. Il appliqua alors par la cavité buccale une couronne de trépan sur la base du crâne; par l'ouverture ainsi pratiquée, il fit pénétrer le crochet de Braun, dilacéra la substance cérébrale, et put finalement faire avec ce même crochet l'extraction de la tête vidée, en ayant soin de guider constamment ses tractions sur son autre main introduite dans le vagin. Le fœtus extrait avait 62 centimètres de long, et pesait 5,670 grammes, moins la substance cérébrale.

L'auteur insiste sur les difficultés que présente la perforation de la tête dernière dans le cas de fœtus aussi volumineux, sur la simplicité et la facilité d'exécution de son procédé opératoire et sur le peu de danger qui en résulte pour la mère. CH. MAYGRIER.

I. — Weiterer Fall von Laparotomie wegen Uterusruptur mit völliger Genesung, par WYDER (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, *n° 1, p. 25, 1er janvier 1895*).

II. — Rupture spontanée pénétrante de l'utérus pendant l'accouchement; laparotomie; guérison, par M. MURET (*Revue méd. Suisse romande, XV, n° 3, p. 150 et 160, n° 4, p. 210 et n° 5, p. 276*).

I. — Femme de 36 ans à bassin normal; 3 premiers accouchements simples,

le quatrième compliqué d'insertion vicieuse du placenta. Au cinquième, présentation transversale avec procidence du bras. Transfert à l'hôpital. Laparotomie 2 heures 1/2 après la rupture. Extraction d'un enfant mort pesant 2,680 grammes, en grande partie issu dans la cavité abdominale ; le placenta, déjà décollé, se trouve dans la déchirure. La cavité péritonéale renferme 300 grammes de sang liquide. La déchirure utérine commence à 2 centimètres au-dessous de l'origine de la trompe gauche, se dirige directement en bas sur le côté gauche de la paroi antérieure jusqu'à l'endroit où le péritoine se réfléchit sur la vessie ; à ce niveau, elle forme un angle droit avec sa direction première pour s'étendre en travers de la face antérieure du segment inférieur de l'utérus. La vessie est complètement détachée de l'utérus. La déchirure péritonéale est située à 2 centimètres 1/2 au-dessus du point de réflexion de la séreuse sur la vessie. A gauche de la déchirure utérine, le péritoine est largement décollé, en sorte que tout le feuillet antérieur du ligament large constitue un lambeau péritonéal s'étendant latéralement jusqu'au repli mésentérique de l'S iliaque. Réunion de la déchirure ; lavages de la cavité abdominale avec une solution salée chaude, stérilisée. Exeat au bout de 4 semaines.

II. — Femme de 34 ans, à bassin très large ; 3 accouchements faciles avec enfants très gros. Au quatrième, une demi-heure après le début du travail, écoulement des eaux et procidence du bras. Contractions utérines violentes et presque continuelles avec efforts énergiques d'expulsion. Présentation de l'épaule droite, céphalo-iliaque droite. Bien au-dessus de la symphyse, se trouve l'orifice externe de l'utérus qui est complètement dilaté ; à son côté gauche, on sent une solution de continuité qui laisse facilement passer le bout du doigt. Impossible de pénétrer jusqu'aux pieds de l'enfant et de soulever le thorax engagé dans le détroit supérieur. Chloroformisation de la femme et éviscération de l'enfant. Muret réussit ensuite à abaisser d'abord le siège, puis un genou, à faire passer le siège à côté du thorax, enfin à dégager la tête. L'enfant, très gros, pesait 4 kilogrammes sans les viscères et présentait une longueur de 58 centimètres. Délivrance spontanée. L'orifice interne du col est intact, mais immédiatement au-dessous, à gauche, on sent une ouverture allongée qui se dirige en bas et en arrière jusque dans le cul-de-sac latéral gauche du vagin ; dans sa partie inférieure, la déchirure est plus profonde et donne accès dans la cavité abdominale. Ecoulement peu considérable, mais continu, du sang. Pouls bon. En se réveillant, l'accouchée accuse une vive douleur à gauche dans le bas-ventre. Tampon de gaze iodoformée dans la déchirure et transfert dans une maison de santé. Laparotomie immédiate. Réunion de la déchirure. Eventration des intestins pour les nettoyer. Résection d'un fragment d'épiploon souillé de méconium. Suites apyrétiques. Muret relève, comme particularités, l'amplitude excessive du bassin et la rétraction considérable de l'orifice externe dilaté de l'utérus, de sorte qu'une grande partie du corps de l'enfant se trouvait dans le vagin distendu.

J. B.

I. — Zur Behandlung der completen Uterusrupturen, par CHOLMOGOROFF (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn., XXXI, 1*).

II. — Rupture of the uterus, par C.-M. GREEN (*Amer. Journ. of obst., juillet 1894*).

III. — Ein Fall von Uterusrupture..... (Rupture de l'utérus par ectopie congénitale du rein droit), par ALBERS-SCHŒNBERG (*Centralbl. f. Gyn., 1er décembre 1894*).

I. — Une femme, ayant eu quatre accouchements antérieurs difficiles, enceinte pour la cinquième fois et à terme, est amenée en travail, avec une hémorragie

abondante et persistante. L'enfant se présente par le siège; on en fait l'extraction, et on doit perforer la tête dernière. L'hémorragie continuant, on constate l'existence d'une déchirure transversale du segment inférieur de 10 centimètres, à travers laquelle le fœtus a passé dans l'abdomen : le placenta y est également; on en fait l'extraction manuelle.

On fait le tamponnement et la suture. Drainage avec de la gaze iodoformée. L'hémorragie n'a cessé qu'au moment où on a posé les sutures. La malade eut quelques accidents septiques; mais elle était complètement guérie au bout de 30 jours.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

Les déchirures de l'utérus sont passibles de cinq méthodes de traitement :

1° La méthode expectante, qui ne donne qu'exceptionnellement la guérison;

2° La laparotomie avec conservation de l'utérus suturé ou non ;

3° La laparotomie avec amputation utérine;

4° Le drainage;

5° La suture par le vagin.

Le mieux est de combiner le drainage avec la suture de la rupture : on place les sutures par le vagin, et on laisse une ouverture pour faire un drainage à la gaze iodoformée. Ce dernier mode de traitement répond à toutes les exigences de la chirurgie. Il est parfois difficile à appliquer; toutefois il est possible dans les ruptures qui siègent au-dessous de l'anneau de contraction et qui sont les plus fréquentes.

II. — Les ruptures de l'utérus doivent être divisées en trois groupes, au point de vue du traitement :

1° Les ruptures complètes ou incomplètes des parois latérales ou postérieure du segment inférieur, qui ne s'accompagnent ni d'hémorragie sérieuse ni de hernie intestinale. Elles sont justiciables d'un traitement palliatif : drainage naturel du vagin, antisepsie locale, médication reconstituante, moyens propres à entretenir les contractions utérines;

2° Les ruptures complètes du segment inférieur ou même du corps de l'utérus, avec hémorragie facile à arrêter par le vagin à l'aide du tamponnement ou de quelques sutures, et dans lesquelles le fœtus est passé partiellement dans la cavité péritonéale, ainsi que du sang, du liquide amniotique, parfois le placenta. Avec celle-ci, le traitement le mieux approprié consiste dans le lavage du péritoine avec des antiseptiques chauds ou avec de l'eau salée stérilisée, dans le drainage avec la gaze iodoformée, et dans l'emploi de moyens palliatifs généraux.

3° Les ruptures dans lesquelles l'accouchement par les voies naturelles est impossible; dans lesquelles l'hémorragie ne peut être arrêtée par le vagin, et où la lésion est très étendue et irrégulière. Dans ces cas, c'est la laparotomie qui est indiquée. Pour suturer la déchirure, on se basera sur l'état des bords de la plaie : s'ils sont infiltrés, friables, et si l'utérus paraît septique, on s'abstiendra de toute suture et on aura de meilleurs résultats avec l'hystérectomie.

III. — Sur 230 cas de ruptures de l'utérus réunis par Merz (*R. S. M.*, XLIV, p. 568) 3 seulement ont reconnu pour cause une tumeur du bassin. Il n'en existe pas de publié jusqu'ici où la rupture ait été produite par une ectopie rénale

Il s'agit d'une femme, secondipare : le premier accouchement, très pénible, se

termina spontanément après trois jours de travail par la naissance d'un enfant à terme, mort; le second fut également long et difficile, mais spontané, et l'enfant naquit vivant. Enceinte pour la troisième fois, et à terme, elle entre en travail; on constate une présentation du sommet. Le travail traîne en longueur. Au bout de 10 heures, les membranes se rompent, et les battements fœtaux, perceptibles jusqu'alors, disparaissent. Après 14 heures de travail, les contractions cessent brusquement, et la femme est prise de vomissements et s'affaiblit. Un médecin appelé, constate qu'une main et le cordon font procidence; la tête s'est engagée en partie dans une déchirure utérine qui siège à l'insertion du vagin. Le facies est abdominal, le pouls à 136, le ventre douloureux, l'anxiété extrême. Le fœtus est aussitôt extrait par la version; c'est une fille mort-née de 3,500 grammes; délivrance artificielle. La femme est transportée à l'hôpital. Comme elle n'a pas d'hémorragie, que le pouls s'est relevé, et que l'état général semble meilleur, on s'abstient de faire la laparotomie. Des phénomènes de péritonite se déclarent. Le matin du cinquième jour vomissements fécaloïdes. On suppose un étranglement interne, et on fait la laparotomie, mais l'état de la malade s'est aggravé, et peu après l'opération, au cours de laquelle on ne constate aucune obstruction intestinale, elle succombe.

A l'autopsie, on trouva une péritonite généralisée : Sur la face antérieure de l'utérus, à l'union du col et du corps, existe une déchirure transversale complète de 8 centimètres, dirigée transversalement. Il y a peu de sang épanché dans l'abdomen.

Le rein gauche n'occupe pas sa place normale : atteint d'ectopie congénitale, il est situé dans la concavité du sacrum et au-devant du promontoire; son hile est dirigé à droite. La présence de cet organe rétrécit le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur de 2 centimètres. Le bassin étant déjà aplati, et ne mesurant que $9^{cm},5$ de conjugué vrai, il en résulte que ce diamètre est en réalité réduit à $7^{cm},5$. C'est cette ectopie rénale qui, faisant obstacle à la progression de la tête, a causé la longueur du travail et finalement la rupture de l'utérus. CH. MAYGRIER.

Merkwürdiges Abortivei....., par Ludwig PICK (*Berlin. klin. Woch., n° 13, p. 285 1er avril 1895*).

Œuf abortif extrait avec la main chez une multipare atteinte d'hémorragies. Sac vide, sphérique, gros comme le poing, déchiré sur une place, et présentant à sa face extérieure une douzaine de tumeurs, assez uniformément distantes les unes des autres, pendantes et figurant des masses arrondies ou en massue, variant des dimensions d'une cerise à celles d'une châtaigne ; en réalité, il s'agissait d'hématomes purs, revêtus par la membrane la plus externe du sac fœtal.

Sous le microscope, toute l'épaisseur des parois du sac, qui avait un diamètre de 8 centimètres, était formée de villosités choriales typiques entre lesquelles s'étendaient en tous sens des tractus fibrineux et qui renfermaient par endroits des masses calcaires. Sur la face interne, lisse, du sac se trouvait une membrane correspondant à l'amnios. De la couche la plus externe, constituée par une mince couche de tissu conjonctif, revêtue partout d'un épithélium plat en couche unique, s'étendaient, sur tout le pourtour de l'œuf, des productions polypeuses formées de tissu conjonctif fibreux et affectant les configurations les plus diverses; les unes étaient en lobes ou en languettes, d'autres en filaments à extrémité globuleuse ; certaines atteignaient une longueur de 4 centimètres.

Ces tumeurs polypeuses préformées sont devenues le siège d'hémorragies

à la suite des manœuvres d'extraction ; l'origine récente des hématomes ressortait clairement de leur absence complète d'organisation. L'œuf lui-même était mort à une époque très précoce, avant la différenciation du placenta; le fœtus s'était dissous, tandis que les membranes d'enveloppe avaient continué à s'accroître. Aucun renseignement étiologique.

Il s'agit donc d'un état singulier, non encore décrit, de l'œuf abortif, état qu'on peut désigner « hématomes épichoriaux multiples et pendants », et qui résulte d'extravasations sanguines à l'intérieur de polypes fibreux des villosités choriales. J. B.

Ein Fall von traumatischen Hämatothorax beim Neugeborenen (Hémothorax traumatique chez le nouveau-né), par C. GEBHARD (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn., XXX, 2*).

Observation d'un enfant extrait par le siège et né en état de mort apparente. Les différents moyens employés pour le ranimer et en particulier la méthode de Schultze ne réussissent qu'imparfaitement, et il succombe au bout de trois heures.

A l'autopsie, on trouve trois cuillerées à café de sang pur et liquide dans la plèvre droite et un épanchement sous-pleural entre la première et la septième côtes droites: le sang provenait d'une déchirure de la deuxième veine intercostale à son embouchure dans l'azygos.

Les recherches faites par Gebhard sur le mannequin avec des cadavres de fœtus lui ont démontré que de semblables lésions ne peuvent pas être produites par l'extraction du siège, et il n'hésite pas à les attribuer à la méthode de Schultze, dans laquelle les mains exercent sur le thorax du nouveau-né une pression dangereuse. CH. MAYGRIER.

Symphysiotomy, par Karl SANDBERG (*Americ. j. of obst., février 1894*).

Sandberg décrit les différents manuels opératoires, expose les lésions possibles des articulations du bassin et des parties molles, rappelle les statistiques de Morisani, Pinard, Neugebauer, Varnier, Harris... Aux États-Unis, d'après Garrigues, la symphyséotomie a été pratiquée 26 fois, avec une mortalité maternelle de 15,39 0/0 et fœtale de 30,77 0/0.

L'auteur estime que les indications se résument ainsi : enfant vivant : diamètre conjugué vrai de 10,5 à 9 : forceps ou version. De 9 à 7, accouchement prématuré artificiel ou symphyséotomie. De 7,5 à 5, opération césarienne ou accouchement prématuré artificiel combiné à la simphyséotomie. 5,5 et au-dessous, opération césarienne.

Enfant mort : de 10,5 à 4,5, craniotomie ; de 4,5 et au-dessous, césarienne. CH. MAYGRIER.

Cesarean section, par J. H. CARSTENS (*Americ. j. of obst., juin 1894*).

Comparaison entre la césarienne et la craniotomie. Carstens conclut :

1° Qu'il y a certains cas où avec un diamètre antéro-postérieur de 7 ^{m} 1/2, la craniotomie est indiquée;

2° Qu'au-dessous de 7^{cm} 1/2, on doit recourir à l'opération césarienne;

3° Que dans ce dernier cas, on aura à pratiquer tantôt la césarienne simple, tantôt l'opération de Porro. CH. MAYGRIER.

Anatomische und Klinische Beobachtungen über Placentarerkrankungen, par Otto V. FRANQUÉ (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XXVIII, 2*).

Il peut se produire dans le placenta des altérations qui portent soit sur les vaisseaux : endo et périartérite et phlébite, soit sur le stroma : hypertrophie avec ou sans développement de tissu fibreux.

Ces lésions peuvent être répandues dans la totalité du placenta ; c'est ce qui a lieu dans la syphilis, dans les néphrites maternelles, dans l'endométrite, et aussi sans cause connue.

Ou bien elles sont localisées et consécutives à des altérations du placenta maternel : tels sont les noyaux apoplectiques et les infarctus.

Cliniquement, ces modifications pathologiqnes peuvent amener la mort du fœtus pendant la grossesse, sans que l'examen macroscopique du placenta démontre quelque anomalie visible. Elles peuvent entraver le développement du fœtus. Elles peuvent enfin déterminer sa mort pendant le travail.

Certaines affections du placenta peuvent produire l'hydramnios : telles sont l'hypertrophie fibreuse des villosités, qui, par la gêne apportée à la circulation, amène une transsudation hors des capillaires fœtaux, et la placentite, qui provoque une exsudation dans le placenta fœtal et maternel.

Les infarctus blancs sont causés par une inflammation de la caduque ; tantôt il y a prolifération de la sérotine et dégénérescence des parties hypertrophiées ; tantôt il se fait une exsudation qui englobe les villosités, les anémies et les nécroses.

Au niveau de ces infarctus, l'appareil cellulo-vasculaire du fœtus est altéré et on observe de l'endo et de la périartérite, ou de l'hypertrophie fibreuse ; ce sont là des altérations secondaires dues soit à des conditions mécaniques, soit à une propagation des lésions maternelles.

CH. MAYGRIER.

A method of performing rapid manual dilatation of the os uteri in the treatment of placenta prœvia, par Ph. A. HARRIS (*Americ. j. of obst., janvier 1894*).

Lorsque le col est perméable, H. y introduit l'index recourbé de façon à accrocher l'orifice externe ; il glisse ensuite l'extrémité du pouce dans l'orifice en l'insinuant entre la première et la deuxième phalange de l'index fléchi. Lorsque ces deux doigts ont pu pénétrer, il introduit le médius, et par des mouvements graduels de flexion et d'extension, en s'aidant surtout de l'action du pouce, il finit par dilater suffisamment le col pour passer les autres doigts, et enfin la main tout entière : il peut alors terminer l'accouchement par la version.

L'auteur rapporte neuf observations. Toutes les mères ont guéri, et trois enfants ont survécu.

Le temps employé pour dilater le col depuis l'admission de l'index jusqu'au passage de la main a été, au minimum, de 16 minutes, au maximum de 22, en moyenne de 19 minutes. CH. MAYGRIER.

Ein neuer Fall von Luftembolie bei Placenta prævia (Embolie aérienne dans le cas de placenta prævia), par HENCK (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn., XXVIII, 1*).

Une femme primipare, ayant un placenta prœvia central, est endormie pour subir la version bipolaire, l'orifice étant perméable à deux doigts. L'enfant est

en seconde position du sommet. Dès qu'on a pu saisir un pied, on cesse le chloroforme. Le pied n'est attiré à travers l'orifice qu'avec une certaine difficulté : à ce moment la femme ressent une vive douleur expulsive et un flot de liquide amniotique s'écoule. Immédiatement, le pouls s'arrête et la respiration devient faible. Malgré la respiration artificielle, la femme succombe en quelques instants.

L'autopsie pratiquée deux heures après la mort démontra la présence de bulles d'air dans la veine utéro-ovarienne droite, le cœur droit et la veine jugulaire droite.

C'est au moment où la main était introduite pour faire la version que l'air a pénétré entre la paroi utérine et le placenta décollé. Il est entré dans les grosses veines du placenta et y resté pendant l'effort et l'écoulement du liquide; puis au moment où la pression abdominale a cessé, il a gagné la veine cave inférieure et le cœur, dont les mouvements se sont arrêtés immédiatement. CH. MAYGRIER.

Des conséquences tardives de la rétention partielle ou totale du placenta, par HARTMANN et TOUPET (*Ann. de gyn., avril 1895*).

La rétention de fragments de l'œuf constitue une cause de l'endométrite déciduale et le placenta retenu peut subir une dégénérescence scléreuse, ou dans quelques cas proliférer (déciduome bénin, sarcome chorio-cellulaire, môle hydatiforme).

A propos de chacune de ces formes, les auteurs rapportent des exemples et des examens histologiques détaillés.

Dans les déciduomes bénins, la villosité a conservé sa forme régulière ; elle est simplement plus épaisse et plus dense ; le vaisseau central ayant des parois plus épaisses possède un calibre plus petit. Entre les villosités se trouvent de grands éléments ayant deux, trois ou quatre noyaux.

Dans le placenta scléreux la trame de la villosité s'est oblitérée, elle est presque uniquement constituée de tissu fibreux, les vaisseaux ont disparu.

Dans la mole hydaliforme et dans le sarcome chorio-cellulaire les lésions communes sont constituées par le revêtement des villosités d'une couche protoplasmique mal segmentée en de nombreux noyaux. Les villosités présentent par endroits des prolongements constitués par une sorte de saillie de la couche enveloppante dans laquelle pousse un vaisseau. Les deux états pathologiques se différencient en ce que le tissu qui sépare le vaisseau central de la couche enveloppante est du tissu d'abord muqueux, se liquéfiant ensuite dans la mole hydatiforme, du tissu embryonnaire évoluant à la façon du sarcome embryonnaire dans le sarcome chorio-cellulaire (déciduome malin). PORAK.

Puerperale Infection mit tödlichen Ausgang, verursacht durch Bacterium coli commune, par EISENHART (*Arch. f. Gyn., XLVII, 2*).

Eisenhart publie un cas de fièvre puerpérale qui démontre une fois de plus que les microbes les plus différents peuvent donner cliniquement naissance à des processus morbides semblables. L'examen bactériologique et les cultures du pus d'un abcès paramétritique et de l'urine démontrèrent l'existence du bactérium coli. La malade succomba à une dégénérescence amyloïde des reins et à des accidents urémiques. L'anamnèse et l'autopsie permirent d'établir que l'infection avait été vaginale et utérine. En effet, les lésions étaient toutes extra péritonéales. Elles occupaient la vessie, l'utérus, le

tiers supérieur de la cuisse droite, ce qui répond bien à une infection partie de l'insertion placentaire. CH. MAYGRIER.

I. — Beobachtungen über Extrauteringravidität..... (Quinze observations de grossesse extra-utérine opérée), par CZEMPIN (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn., XXIX*).

II. — Classification of ectopic gestation, par J.-C. WEBSTER (*Amer. Journ. of obst., août 1894*).

I. — Czempin divise les 15 cas qu'il a opérés en deux groupes :

Le premier comprend les grossesses extra-utérines en voie de développement; le second, les cas opérés après la mort du fœtus.

Dans le premier rentrent deux grossesses tubaires particulières en voie d'accroissement, avec deux guérisons, et deux grossesses intra-ligamentaires, avec une mort.

Les opérations du second groupe se répartissent ainsi : 1° 9 grossesses tubaires :

Un avortement tubaire avec trompe intacte et écoulement sanguin dans le péritoine par le pavillon : guérison.

Sept ruptures de la trompe gravide, avec formation d'hématocèle rétro-utérine; pas de mort. Dans les cas de ce genre, l'auteur ne se hâte pas d'opérer; il n'a vu qu'un cas d'hémorragie interne menaçant la vie, et la femme a guéri sans opération. Il intervient dès que l'hématocèle est formée; dans 6 cas, il a fait la laparotomie, et une fois il a incisé le vagin.

Une rupture de la trompe avec formation d'un hématome entre les feuillets du ligament large : mort 20 heures après l'opération.

2° Deux grossesses intraligamentaires; une rupture du kyste fœtal dans la cavité péritonéale : mort par péritonite septique. Une rupture du kyste entre les feuillets même du ligament large. Mort au bout de 30 heures.

II. — Après un historique des différentes classifications, Webster insiste sur ce fait, qu'en l'état actuel de nos connaissances, toute classification de ce genre doit nécessairement demeurer incomplète. Aussi en propose-t-il une dans laquelle ne rentrent que les faits absolument certains et démontrés.

Il admet d'abord, avec L. Tait, que la grossesse est primitivement tubaire dans tous les cas.

A. *Grossesse ampullaire :* la grossesse commence dans la trompe; c'est la plus commune.

1° *Persistante :* rarement la grossesse tubaire peut aller à terme.

2° *Rupture dans le ligament large :* c'est la grossesse sous-péritonéo-pelvienne, tubo-ligamentaire, extra-péritonéale, ligamentaire. Dans ces conditions elle peut continuer, et devient sous-péritonéo-abdominale, ou bien une rupture nouvelle peut se faire dans le péritoine. Cette grossesse peut se terminer par la formation d'un hématome, par suppuration, par momification ou production d'un lithopédion.

3° *Rupture dans la cavité péritonéale :*

a) Grossesse tubo-péritonéale : le fœtus et les membranes passent dans l'abdomen, le placenta restant dans la trompe et continuant à se développer;

b) Terminaison par hématocèle; la femme peut mourir d'hémorragie interne ou de péritonite : terminaison par résorption, par momification, par formation d'un lithopédion, par suppuration.

4° La grossesse peut être détruite par un *avortement tubaire*, avec passage de l'œuf à travers le pavillon dans le péritoine, par hématosalpinx, par formation d'une mole, par suppuration et pyosalpinx, par résorption, par momification, lithopédion.

B. *Grossesse interstitielle :* la grossesse se développe dans le trajet intra-utérin de la trompe. Elle peut aller à terme. Elle peut se terminer par rupture, soit dans la cavité péritonéale, soit dans l'utérus, soit à la fois dans l'utérus et dans le péritoine, soit enfin entre les deux feuillets du ligament large. Après la mort du fœtus, celui-ci peut rester dans sa poche et y subir les mêmes changements que dans les autres formes de grossesse, momification, dégénérescence adipo-cireuse, lithopédion.

C. *Grossesse infundibulaire :* Elle commence dans l'extrémité externe de la trompe; elle est dite tubo-abdominale, tubo-ovarique, désignations inutiles, puisqu'elle est tubaire à l'origine, et que c'est à la fin seulement que le sac contracte les adhérences avec la paroi abdominale, l'ovaire ou d'autres viscères.

CH. MAYGRIER.

MALADIES DES ENFANTS.

La résistance du sang du fœtus et du nouveau-né, par JONA (*Riforma med., 29 et 30 août 1895*).

Jona a étudié la résistance du sang du fœtus et du nouveau-né, c'est-à-dire leur résistance à céder l'hémoglobine des hématies.

Le premier fait constaté est l'indépendance absolue que présentent à ce point de vue les globules rouges du sang maternel et ceux du sang fœtal, ce qui était facile à prévoir, étant données les nombreuses différences qui existent entre les deux sangs.

La résistance minima du sang fœtal est inférieure à celle du sang maternel; exceptionnellement elle peut lui être égale, mais jamais elle ne lui est supérieure ; la résistance moyenne est presque toujours inférieure.

Le plus souvent, au moins pour certaines espèces animales (chiens, vaches, chats) il y a une résistance maxima, plus élevée que celle du sang maternel.

Immédiatement après la naissance, la résistance minima subit une rapide augmentation et, les jours suivants, les résistances moyenne et minima s'élèvent jusqu'à atteindre des valeurs plus grandes que chez l'adulte.

La cause principale de la faible résistance du sang fœtal tient à sa richesse en eau.

La rapide élévation de la résistance minima après la naissance est due, suivant toute vraisemblance à une subite destruction des hématies les moins résistantes. L'élévation successive des deux résistances est due à un épaississement progressif du plasma. G. LYON.

Trois cas de stomatite à fausses membranes chez le nourrisson, par BÉZY et IVERSENC (*Revue mens. des mal. de l'enf.*, *juin 1895*).

Dans le premier cas, la nourrice avait une galactophorite et l'enfant une large fausse membrane sur le palais ; le liquide du sein et la membrane donnèrent des cultures de streptocoques. Dans le deuxième cas, l'enfant, atteint de stomatite impétigineuse, donna un abcès du sein à la nourrice ; l'examen montra qu'il s'agissait de staphylocoques ; ainsi que dans le troisième cas, où l'enfant fut seul malade et avait deux membranes bientôt réunies, développées au début sur les plaques ptérygoïdiennes de Parrot. H. L

De la constipation des nourrissons et, en particulier, de la constipation d'origine congénitale, par MARFAN (*Revue mens. des mal. de l'enf.*, *avril 1895*).

Marfan étudie dans la constipation chronique deux variétés :

1° La constipation alimentaire, due souvent au lait de vache et, notamment au lait pasteurisé ;

2° La constipation habituelle congénitale, qui est due à une malformation spéciale, caractérisée par l'exagération et la multiplicité des inflexions de l'S iliaque chez certains enfants ; il rattache à cette cause les faits décrits sous le nom de dilatation congénitale hypertrophique du côlon. Cette constipation se montre dès la naissance, s'atténue parfois entre 2 et 5 ans, peut durer toute la vie. Elle peut s'accompagner de côlite simple, muco-membraneuse ou dysentériforme, et aussi d'occlusion intestinale.

Il étudie très en détail tous les moyens utiles contre la constipation.

H. L.

Le gros ventre des nourrissons dyspeptiques et l'augmentation de longueur de l'intestin. par MARFAN (*Revue mens. des mal. de l'enf.*, *février 1895*).

Marfan montre que, chez les nourrissons, le gros ventre est tantôt dur, tympanique, et dû à la distension gazeuse de l'estomac et des intestins ; tantôt il est flasque, étalé sur les flancs, à son tympanique sourd, et alors il a une tout autre valeur séméiologique ; ce ventre flasque est précédé et toujours accompagné de troubles gastro-intestinaux, dus à un allaitement défectueux, souvent à la suralimentation ; après une série de poussées diarrhéiques avec tympanisme, le ventre devient mou et, le plus souvent, l'enfant se cachectise. L'examen anatomique montre que ni les ganglions, ni l'état des parenchymes, ni la dilatation intestinale n'expliquent cette distension ; par une série de mensurations, Marfan a trouvé que, chez le nourrisson sain, l'intestin grêle représente six fois la longueur du corps, le gros intestin un peu plus d'une fois ; chez les nourrissons dyspeptiques, avant 2 mois, sans gros ventre, la longueur représente 7 fois 1/2 la longueur du corps ; avec gros ventre, de 8 1/2 à 10 fois ; chez les nourrissons après 2 mois, les dyspeptiques sans gros ventre

ont un intestin qui représente de 8 1/2 à 9 fois la taille ; chez les dyspeptiques à gros ventre, il atteint de 9 à 12 fois la taille ; l'hypertrophie porte sur les deux intestins, surtout sur l'intestin grêle. H. L.

Lésions de dysenterie consécutives à la rougeole chez l'enfant, par MESLAY et JOLLY (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, *avril 1895*).

Quatre enfants, atteints presque en même temps, dans le même pavillon, de rougeole compliquée de diarrhée glaireuse et sanguinolente, succombèrent tous quatre à la broncho-pneumonie.

A l'autopsie on trouva, dans un cas, des ulcérations de l'iliaque et du rectum absolument analogues, au point de vue macro et microscopique, à celles de la dysentérie vraie, et avec des ulcères folliculaires remontant jusqu'à l'iléon ; dans les 3 autres, des lésions d'entérocolite disséminées. H. L.

Die Theorie Quincke's über die Entstehung des Icterus neonatorum, par E. SCHREIBER (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 25*, *p. 543*, *24 juin 1895*).

Travail consacré à la défense de la théorie de Peter Frank, reprise et développée par Quincke (*R. S. M.*, XXVIII, 148), sur la genèse de l'ictère des nouveau-nés, et à la réfutation des objections qui lui ont été faites seulement par Kehrer (*Oesterr. Jahrb. f. Paediatrik*, II, 1871) et par Stadelmann (*R. S. M.*, XXXIV, 143). J. B.

Observation d'un enfant né avant terme, par VILLEMIN (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, *janvier 1895*).

Une enfant naît avant terme, âgée de 24 à 26 semaines, après des hémorragies répétées pendant 2 semaines. Elle est mise dans une couveuse d'Arsonval réglée à 37° et nourrie à la cuiller avec quelques grammes de lait de femme additionné de peptone sèche ; trois jours après l'enfant pesait 955 grammes ; elle tomba à plusieurs reprises dans un état de mort apparente avec suspension prolongée de la respiration ; à un mois, l'enfant mesurait 38 cent. A 6 semaines, elle put être mise au sein ; à deux mois et demi, on la sortit définitivement de la couveuse. A 31 mois, le baby marchait seul, pesait 9k,500 et avait 19 dents. H. L.

Contribution à l'étude de la leucocythémie chez l'enfant, par P. BONNET (*Thèse de Paris*, *1895*).

Ce travail est le résumé de 17 observations, dont une personnelle, et montre que la leucémie est très rare dans l'enfance ; elle est assez souvent précédée par le rachitisme, la scrofule et la malaria, et semble également favorisée par le sevrage anticipé et les troubles des fonctions digestives. La maladie évolue presque fatalement vers la mort, et d'une manière rapide. H. L.

Considérations sur la malaria chez les enfants et sur son traitement, par Léon NÈGRE (*Thèse de Nancy*, *1895*).

D'une série d'observations, recueillies en Algérie, l'auteur conclut que, dans les pays à malaria, les enfants sont atteints les premiers par l'infection tellurique ; qu'elle revêt chez eux un caractère grave, et est souvent méconnue ; il préconise l'injection hypodermique de sels de quinine,

quel que soit l'âge, et en même temps l'emploi des enveloppements froids à 20° dans les cas de fièvre tellurique à forme typhoïde, ou avec forte hyperthermie. H. L.

I. — Vorstellung eines Kindes mit Barlow'scher Krankheit, par A. BAGINSKY (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 7*, *p. 151*, *18 février 1895*).

II. — Infantiler Scorbut oder hämorrhagische Rhachitis? par Livius FÜRST (*Ibid.*, *n° 18*, *p. 389*, *6 mai 1895*).

I. — La maladie de Barlow augmente de fréquence à Berlin. Baginsky en a observé quatre cas en quelques semaines. Le malade qu'il présente est un enfant de 11 mois, un peu pale, mais en bon état de nutrition, et n'offrant d'autres symptômes de rachitisme que du gonflement des épiphyses costales. Le moindre contact provoque de vives douleurs. Les membres inférieurs sont rétractés sur le ventre. Le tiers inférieur des fémurs est le siège d'un épaississement considérable avec fluctuation profonde, obscure. Du côté droit la tuméfaction osseuse s'étend au tiers supérieur de la jambe. Les parties tuméfiées sont excessivement douloureuses au toucher et l'enfant garde les membres immobiles. Les gencives sont un peu plus foncées qu'à l'état normal et légèrement gonflées, mais non saignantes et sans suffusions hémorragiques.

La maladie de Barlow frappe habituellement des enfants de familles aisées, alimentés avec des succédanés du lait de vache : des 4 malades de Baginsky, 2 étaient élevés avec le lait albumosé de Rieth ; 1 avec du lait somatosé et 1 avec du lait végétal de Lahmann et des farines lactées. D'autre part, il est bien certain que le mode d'allaitement ne constitue pas le seul facteur causal, car en Angleterre la maladie a été observée dans d'autres circonstances et Baginsky lui-même en a vu un cas consécutif à une coqueluche grave chez un enfant nourri au lait de vache. Aucun des petits malades de Baginsky n'était syphilisé, bien qu'extérieurement l'affection offre une certaine ressemblance avec la pseudo-paralysie de Parrot due à une ostéochondrite aiguë gommeuse. Dans un cas, d'ailleurs, Baginsky a constaté que l'incision de la cuisse tuméfiée avait donné jour à du sang accumulé sous le périoste.

II.—La maladie de Barlow qui sévit sur les enfants âgés de 9 à 18 mois est manifestement le produit combiné de deux états pathologiques, le rachitisme et la diathèse hémorragique; suivant la prédominence de l'un ou de l'autre, l'affection a été rapportée par les uns au rachitisme à forme aiguë et hémorragique, par les autres au scorbut. La maladie de Barlow est rare ou absente dans les pays où le scorbut est endémique, tels que la Russie; elle reste toujours sporadique; l'existence du véritable scorbut est douteuse dans l'enfance où d'ailleurs les causes de scorbut n'existent point. Enfin, la maladie de Barlow atteint de préférence les enfants de la classe aisée (*R. S. M.*, XXII, 606 ; XXIV, 544, 545; XXXIX, 609 et XLV, 588). J. B.

Sur un cas d'hémoglobinurie paroxystique traité par le mercure, par PIGNALTI-MORANO (*Rivista clin. e terap.*, *n° 8*, *août 1895*).

Observation d'un enfant de 7 ans, non syphilitique, atteint d'hémoglobinurie paroxystique, qui fut traité avec succès par les frictions mercu-

rielles. Il semble que le succès soit dû à l'action du mercure sur les éléments du sang, dont il diminue la vulnérabilité. Cela confirme l'opinion de Castellino qui a récemment vanté le traitement mercuriel contre les anémies par hémolyse. G. LYON.

Ein Fall von hämorrhagischer Diathese, par H. FINKELSTEIN (*Berlin. klin. Woch. n° 23, p. 497, 10 juin 1895*).

Enfant du sexe masculin, âgé de 8 jours, né, au 7e mois, d'une mère syphilitique qui a actuellement une thrombose puerpérale. Etat à l'entrée le 13 novembre : température inférieure à la normale; léger ictère. Suintement de sang incessant par de petites rhagades des lèvres, par la muqueuse labio-bucco-pharyngée et par l'intertrigo ano-génital; la plaie ombilicale un peu humide et tuméfiée ne saigne pas. Foie dur et rate hypertrophiée. Urine claire, jaune, ne contenant ni sang, ni albumine; selles vertes, muqueuses, renfermant de nombreuses hématies. Les jours suivants, augmentation notable de l'ictère et persistance des hémorragies; mort le 16.

Autopsie : Vaisseaux ombilicaux et cœur intacts. Nombreux foyers hémorragiques dans les poumons. Rate volumineuse, dure, contenant des gommes minuscules; reins très anémiés, ictériques, avec pointillé hémorragique très fin. Foie petit, vert, renfermant de nombreuses granulations interstitielles, miliaires, de couleur verdâtre claire. Dans le colon, une certaine quantité de sang liquide, sans rien de visible sur la muqueuse. Cerveau très anémié, mais n'offrant pas d'hémorragies; ostéochondrite syphilitique.

Examen bactériologique. Pendant la vie, on avait ensemencé sans résultat le sang d'un orteil. Après la mort, les ensemencements de diverses provenances produisirent deux espèces de colonies : 1° Le bacille pyocyanique β, abondant dans le sang cardiaque et le poumon, mais très clairsemé dans la rate et le foie; 2° un bacille gros, court, arrondi à ses extrémités, de 0μ,5 à 2μ,5 de long, réuni souvent deux à deux, paraissant muni d'une capsule peu distincte qui manquait toujours dans les sols artificiels, et provoquant la septicémie chez les souris et, en injection intrapéritonéale, une diathèse hémorragique typique chez les lapins. Aussi Finkelstein n'hésite-t-il pas à considérer ce deuxième bacille, comme l'agent spécifique de l'affection infantile et il l'identifie avec le bacille hémorragique de Kolb (*R. S. M.*, XLIV, 463.) J. B.

Ein eigenthümlicher, der Winckel'schen Krankheit nahestehender Fall von Sepsis acutissima, par H. FINKELSTEIN (*Berlin. klin. Woch., n° 23, p. 496, 10 juin 1895*).

Fillette de 9 jours, allaitée par sa mère qui a succombé le 6e jour de ses couches à une septicémie puerpérale. Brusquement, elle devient apathique et pousse des gémissements; cyanose intense et refroidissement des mains et des pieds; plaques de gangrène sèche à la pulpe du médius droit et à la plante du pied gauche, près du talon. Bras, jambe, thorax et abdomen couverts de taches d'un rouge bleu foncé. Rien à la face ni sur les muqueuses visibles; pas d'hémorragies sous-cutanées, 38°,8. Respiration fréquente, dyspnéique. Bruits cardiaques sourds et impossibles à compter. Pouls insensible. Ombilic normal. Intertrigo anal et crural; muguet pharyngé. Urine renfermant beaucoup d'albumine, de cylindres hyalins et granuleux, de granulations brunâtres d'hématoïdine, mais pas d'hémoglobine et des urates pulvérulents. Selles nombreuses, fluides, muqueuses, d'un jaune doré.

Par instants la coloration bleue des extrémités est remplacée par une pâleur cadavérique. Durant les heures suivantes, déclin rapide des forces, quelques

mouvements convulsifs des mains et des yeux, refroidissement du corps; extension des plaques gangréneuses. L'examen du sang n'y montre aucun produit de désagrégation. Mort dans le collapsus, 36°, 12 heures après le début.

Autopsie : Légère atélectasie dans le lobe inférieur du poumon droit, cœur sain; rate légèrement tuméfiée; reins flasques. Faible gonflement de l'appareil lymphatique intestinal et des ganglions mésentériques.

Aucune hémorragie viscérale. Intégrité des vaisseaux de l'ombilic et des membres ainsi que des centres nerveux, des os et des muscles. Sous le microscope, l'épithélium du foie et celui des reins, à peine altéré, n'offre qu'un insignifiant trouble pulvérulent du protoplasma, par places seulement, et le myocarde a gardé sa striation et sa transparence.

Les cultures entreprises avec du sang veineux recueilli avant la mort, ainsi qu'avec des parcelles du foie, de la rate et des reins ont uniquement donné des streptocoques qui étaient remarquablement nombreux dans le sang. J. B.

Beiträge .... (De l'origine rhumatismale infectieuse de la chorée), par H. MEYER (*Thèse de Bâle, 1894, et Revue méd. Suisse romande, XV, 306*).

S'appuyant sur 52 observations, Meyer conclut: Tous les cas de chorée vraie, dans l'enfance, sont d'origine rhumatismale infectieuse. Dans 80 0/0 des cas, cette origine peut être établie par une anamnèse complète.

L'examen bactériologique d'un cas de chorée terminé fatalement a fait constater dans le sang et dans différents organes, dans le cerveau en particulier, l'existence d'un grand nombre de streptocoques pyogènes et de staphylocoques pyogènes citrins, de virulence faible. J. B.

Sur l'emploi de l'asaprol dans le traitement de la chorée de Sydenham, par MONCORVO (*Revue mens. des maladies de l'enf., mai 1895*)

Chez un enfant de 11 ans, rachitique, hérédo-syphilitique, atteint, au cours d'une infection paludéenne, d'une atteinte de chorée de Sydenham affectant la moitié droite du corps, et accompagnée de troubles mentaux très accentués, Moncorvo employa l'asaprol à dose journalière de 1 gramme, puis peu à peu de 3 et même 5 grammes. La chorée guérit au bout de sept semaines, la force dynamométrique monta de 10 à 20 kilogrammes et l'enfant gagna 2 kilogrammes; la quantité locale d'asaprol ingéré s'éleva à 150 gr. 50 (Voy. *R. S. M.*, XLVI, 112.). H. L.

Le traitement thyroidien, par KNÖPFELMACHER (*Wiener klin. Woch., 10 octobre 1895*).

Chez 4 enfants rachitiques ayant de la tétanie, l'ingestion de corps thyroïde n'a donné aucun résultat. K. a traité 22 cas de goitre; chez 11 malades, de 2 à 17 ans, il y eut une diminution considérable, mais pas de disparition complète, de la tumeur; dans 5 cas, de 12 à 21 ans, améliaration lègère; dans 5, aucun résultat. A. C.

Un cas de méningocèle traumatique opéré avec guérison parfaite, par Howard LILIENTHAL (*The Amer. j. of the med. sc., p. 287, mars 1895*).

F., enfant de 4 ans, tombé sur la tête d'un premier étage. Trois semaines après, l'auteur le voit avec une tumeur du volume d'un œuf de canard, douloureuse et soulevant le cuir chevelu. L'enfant ne présentait aucun autre symptôme que des vomissements. Il avait perdu connaissance dès l'accident, mais l'avait retrouvée très rapidement.

La tumeur était fluctuante, pulsatile et en partie réductible, se tendait quand l'enfant criait. Une ponction exploratrice fut faite avec une fine aiguille stérilisée, on tire quelques grammes de liquide clair. Dès lors le diagnostic méningocèle traumatique s'imposait.

On l'opère le 17 août. Incision en fer à cheval autour de la tumeur. Séparation du sac et du cuir chevelu, puis résection du sac et réduction de la tumeur dans le crâne. Le sac était épais et adhérent. On trouve une fissure du pariétal non fermée. En regardant par cette fissure on pouvait voir la pie-mère d'apparence normale recouvrant le cerveau.

Après l'opération le petit malade était dans le collapsus. Le lendemain il était bien. Le cinquième jour la réunion par première intention était complète. Le 3 septembre l'enfant était guéri et restait guéri quand on le revit 3 mois après.

F. VERCHÈRE.

Gliome à marche rapide de la moelle, par Emmett HOLT et A. HERTER (*The Amer. Journ. of the med. sc., p. 411, avril 1895*).

L'observation rapportée est intéressante en ce qu'elle montre les difficultés du diagnostic dans ces cas de gliome. La paraplégie cervicale, les convulsions des muscles du cou, la saillie de la 4e vertèbre cervicale, avaient pu faire croire à l'existence du mal de Pott. Ce diagnostic était d'autant plus probable qu'il existait des signes de tuberculose pulmonaire et de la fièvre. Il était cependant évident que la fièvre était trop élevée pour être rattachée aux lésions pulmonaires, et plutôt en rapport avec la rapide destruction de la moelle cervicale. La proéminence de la 4e cervicale ne s'accompagnait d'aucune lésion osseuse. Le petit malade n'avait qu'un an et, à cet âge, le mal de Pott et le gliome sont également rares.

F. VERCHÈRE.

Sulle bronchopolmonite difteritiche (Des broncho-pneumonies diphtéritiques), par BELFANTI (*Lo Sperimentale, sezione biologica, p. 278, 1895*).

Les broncho-pneumonies diphtéritiques peuvent être provoquées par le seul bacille de Klebs-Löffler, ou par lui en concomitance avec d'autres microorganismes. Ceux qui s'y associent le plus fréquemment sont le streptocoque pyogène et le diplocoque lancéolé. Les lésions anatomiques des broncho-pneumonies diphtéritiques sont principalement les lésions fibrineuses et hémorragiques, qui peuvent être produites par le poison diphtéritique à lui seul. Chez les animaux on peut provoquer des lésions analogues soit avec le bacille diphtéritique, soit avec sa toxine.

C. LUZET.

Croup : intubation prolongée; trachéotomie avec ulcération consécutive de la trachée et médiastinite suppurée, par MESLAY (*Rev. mens. des mal. de l'enf. juillet 1895*).

Une enfant de 3 ans 1/2 est soignée pour un croup, sans angine diphtéritique, confirmé par l'examen bactériologique, par l'injection de sérum et l'intubation; du 27 octobre au 3 janvier, on dut pratiquer 12 tubages — qui, ensemble, durèrent près de 600 heures,— devant une asphyxie menaçante, on dut alors recourir à la trachéotomie qui amena l'issue de pus fétide; l'enfant succomba le 13 fevrier; la canule avait été enlevée le 15 janvier. A l'autopsie, on trouva du pus dans le médiastin antérieur, la poche comprimant les nerfs récurrents; les poumons atteints d'une broncho-pneumonie tuberculeuse généralisée; sur le côté gauche de la trachée, une ulcération répondant au bec de la canule, et communiquant avec un diverticule de l'abcès médiastinique.

H. L.

Phlébite à pneumocoques des veines encéphaliques et des sinus de la dure-mère, par CLAUDE (*Rev. mens. des mal. de l'enf., juillet 1895*).

Une enfant de 2 ans succombe à une pneumonie des deux sommets, accompagnée de symptômes nerveux, coma, contractures persistantes, dilatation des pupilles. A l'autopsie on trouve une pneumonie du sommet du poumon gauche; une congestion du sommet droit; une thrombose du sinus longitudinal supérieur et des sinus latéraux; un épanchement intra-arachnoïdien et sous-piemérien recouvrant les lobes frontal et pariétal gauches, dont les circonvolutions sont ramollies, surtout au centre du lobe frontal; l'étude bactériologique montra dans le sang des veines thrombosées des diplocoques lancéolés, avec cultures sur gélose caractéristiques; des coupes de veines, caillots compris, montrèrent également l'existence de diplocoques lancéolés, en capsules; la sérosité du poumon gauche avait donné des cultures pures de pneumocoque. H. L.

Di un caso di gigantismo infantile (pedomacrosimia) (Sur un cas de gigantisme infantile avec tumeur du testicule), par E. SACCHI (*Rivista sper. di freniat., p. 149, 1895*).

Très curieuse observation d'un garçon de 9 ans et demi qui, à partir de 5 ans et demi, avait présenté un développement excessif du squelette, des muscles, du système pileux. La voix avait pris un timbre plus grave, le testicule gauche était beaucoup plus gros que celui de droite et présentait le volume d'un testicule d'adulte bien développé. Ces modifications avaient été en s'accentuant de telle sorte que, à l'âge de 9 ans et demi, la taille du malade était de 1^{m},43, son poids de 44 kilogrammes, sa force musculaire était considérable, il pouvait porter sur ses épaules un quintal; au dynamomètre de Mathieu il amenait 98. Il avait une barbe noire, épaisse, de 5 centimètres de longueur. Le testicule gauche était énorme (10 centimètres dans son plus grand diamètre). L'enfant était intelligent et d'un sérieux bien au-dessus de son âge. On fit l'ablation du testicule gauche et un mois après l'opération le père vit tomber la barbe et les poils, la voix redevenir infantile, le caractère lui-même se modifia et redevint celui de son âge. L'examen histologique du testicule montra une néoplasie épithéliale due probablement à des coccidies.

Les figures jointes à ce travail montrent l'aspect de l'enfant aux différentes époques. Ce cas est des plus intéressants au point de vue de l'organothérapie

PIERRE MARIE.

Cure radicale de la hernie chez l'enfant; 133 observations, par W.-B. COLEY (*The Amer. Journ. of the med. sc., p. 487, mai 1895*).

Cette statistique commence en décembre 1891. Les opérés avaient tous moins de 14 ans. L'auteur a toujours employé le méthode de Bassini, il se servait de tendon de kanguroo pour la suture du sac; il a obtenu 97 0/0 de réunions par première intention. Un seul cas donna une suppuration profonde, sous-aponévrotique; ce malade est parfaitement resté guéri depuis un an et demi.

Les résultats définitifs sont restés satisfaisants, les plus anciens datent de 2 ans 1/2 à 3 ans. Il n'y eut qu'une mort due à une pneumonie double chez un enfant de 5 ans, et amenée très certainement par l'éther.

Il y eut 6 cas de hernies étranglées, un chez un enfant de 8 semaines,

puis de 8, de 12, de 7, de 5 et de 23 mois. Tous guérirent sauf un. Dans 8 cas, le cœcum et l'appendice occupaient le sac.

Le pansement, post-opératoire, a toujours été l'iodoforme et la gaze au sublimé, maintenue par un spica laissant toujours le testicule en dehors. Le pansement était consolidé par un spica plâtré qu'on laissait jusqu'au premier pansement, 8 jours. Les sutures faites avec du fin catgut avaient presque toujours disparu. F. VERCHÈRE.

Cure radicale des hernies chez l'enfant, par A. BROCA (*Cong. gyn. Bordeaux, août 1895*).

L'auteur a traité 450 hernies chez des enfants au-dessous de 15 ans par la cure radicale : 14 hernies ombilicales; 41 hernies inguinales chez la fille et 395 hernies inguinales chez les garçons. Sauf un cas de mort par péritonite septique, toutes les autres opérations ont été suivies de guérison opératoire et sur 250 malades, revus six mois après l'intervention, on n'a constaté que trois récidives. Comme conclusion, l'opération est bénigne, efficace et praticable même chez les nouveau-nés. OZENNE.

Brièveté des deux ligaments rotuliens produisant une luxation intermittente de chaque rotule....., par LANNELONGUE (*Congrès gyn. Bordeaux et Bulletin méd., 22 septembre 1895*).

Jeune garçon de 12 ans, présentant les troubles suivants de la marche : luxation prétibiale de la rotule, à droite. lorsque le membre est en demi-flexion seulement. Le ligament rotulien n'a que 8 millim. de long; la rotule est plus petite que normalement. La luxation disparaît dans l'extension et se reproduit constamment dans la flexion.

Du côté gauche, la rotule s'enfonce profondément entre le tibia et le fémur dans la demi-flexion; son sommet seul est sensible, fixé par un ligament qui n'a qu'un centimètre de longueur; c'est le déplacement cunéen. Des deux côtés, ces déplacements, n'apparaissant que dans la flexion, sont intermittents; ils sont d'origine congénitale et sont produits par la brièveté du ligament rotulien.

Ces deux faits prouvent l'étroite relation qui existe entre certaines atrophies des os et un trouble de nutrition de leurs ligaments. OZENNE.

Ueber partiellen Riesenwuchs, par ADLER (*Berlin. klin. Woch., n° 5, p. 110, 4 février 1895*).

Fillette de 8 ans, sans antécédents héréditaires de ce genre. Immédiatement après sa naissance, on a noté le volume exagéré du pied droit qui n'a cessé dès lors d'augmenter. Le membre inférieur droit est de 3 centimètres plus long que le gauche; cet allongement est compensé par un abaissement du côté gauche du bassin avec légère scoliose, de sorte que la différence de longueur des jambes est peu frappante pendant la marche. La circonférence du membre inférieur droit est en moyenne de 1 centimètre supérieure à celle des régions correspondantes gauches. Au pied, l'hypertrophie ne porte que sur les 3 premiers orteils, leurs métartasiens et les parties molles les recouvrant. Cette hypertrophie est due à la fois à l'épaississement et à l'allongement des os et à l'éléphantiasis énorme du tissu conjonctif sous-cutané des faces dorsale et plantaire.

La longueur de la plante droite est de 27 centimètres, contre 19 à gauche. La circonférence des pieds au niveau de l'articulation métatarsophalangienne

du gros orteil est de 24 centimètres 1/2 à droite et de 17 à gauche. Les trois premiers orteils sont en moyenne de 3 centimètres 1/2 plus longs que les gauches. La mobilité des 5 orteils est d'ailleurs parfaite, ainsi que celle du pied droit dans son ensemble; les ongles ne sont pas altérés. Aucune autre anomalie du corps; aucun trouble de la sensibilité. J. B.

Ueber acute Osteomyelitis der Wirbelsäule (Ostéomyélite des vertèbres), par MÜLLER (*Deutsche Zeitschr. f. Chir., XLI, 6, p. 445-457, 1895*).

Une fillette de 12 ans reçut dans le dos un coup de poing; à la suite de ce traumatisme, il se produisit dans la région spinale des signes d'ostéomyélite aiguë des vertèbres.

Six mois environ après l'accident, la jeune enfant présenta des symptômes graves: fièvre, céphalalgie, douleurs, puis bientôt paraplégie avec rétention d'urine. On constata un peu de sensibilité et un léger œdème au niveau des apophyses épineuses des vertèbres de la partie supérieure de la région dorsale.

La situation s'aggravant de jour en jour, on incisa l'abcès formé; il s'écoula une grande quantité de pus, des parcelles gangrenées; l'apophyse épineuse était infiltrée de pus; et, après l'ablation des parties malades, il sortit encore du pus du canal vertébral. L'intervention amena un bien-être momentané; mais l'enfant succomba quelque temps après, avec des phénomènes de cystite et de pyélo-néphrite.

L'ostéomyélite aiguë des vertèbres est une affection des plus rares. Müller a étudié les huit autres observations, publiées jusqu'à aujourd'hui. Jusqu'alors, il n'y a eu que deux guérisons sur huit cas. M. BAUDOUIN.

Polypöses Sarcom der Blase im jugendlischen Alter, par KLEIN (*Wiener med Woch., 29 juin et 6 juillet 1895*).

Ce cas concerne un garçon de 10 ans auquel K. a enlevé par la cystotomie une tumeur polypoïde de la vessie diagnostiquée histologiquement sarcome. Ce néoplasme, depuis un an, provoquait de graves troubles de la miction; il était situé dans le fond de la vessie à gauche, avait atteint la grosseur d'une noix et était fixé à la paroi vésicale par un pédicule long de 4 millimètres.

CART.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

Beiträge zur Kenntnis der Hautblutungen (Des hémorragies cutanées), par A. SACK (*Monatsh. f. prakt. Derm., XX, 4 et 5*).

L'auteur a étudié le mode de production des hémorragies cutanées dans la phtisie, la diphtérie, le purpura hémorragique et le scorbut; il a constaté directement qu'elles avaient alors pour cause prochaine la rupture d'une veinule; les caractères des foyers où l'on trouve les globules blancs et rouges ainsi que la fibrine dans les mêmes proportions que dans les vaisseaux sont d'accord avec ce fait. Ces ruptures reconnaissent en

partie pour cause une altération du derme. En opposition avec ces hémorragies par rhexis, que l'auteur appelle *diarrhagies*, il en est d'autres qui se produisent par diapédèse ; ce sont celles qui coïncident avec des altérations inflammatoires : il en est ainsi par exemple dans les érythèmes purpuriques.

H. HALLOPEAU.

Ueber multiple neurotische Hautgangrän, par Max JOSEPH (*Archiv f. Derm. und Syph.*, *XXXI*, *3*).

Un homme, âgé de 27 ans, fut brûlé par l'acide sulfurique, au dos de la main gauche. Peu de mois après, avant que la brûlure ne fût cicatrisée, survint à la partie inférieure de l'avant-bras une tache grisâtre, avec anesthésie et analgésie et sensation de froid très accusée. Une escarre se forma rapidement et ne tarda pas à s'éliminer : elle fut suivie d'une cicatrice kéloïdienne. La même lésion se reproduisit plusieurs fois, ordinairement à la fin de l'hiver, d'abord seulement sur le bras gauche, plus tard sur le bras droit. L'auteur, avec la plupart des auteurs, attribue dans ces faits, plus communs chez la femme que chez l'homme, la part principale à l'action du système nerveux, bien qu'on ne sache pas encore s'il s'agit en pareil cas de troubles trophiques ou vaso-moteurs. L'hystérie, la syringomyélie, l'artério-sclérose sont mentionnées dans l'étiologie de ces faits. Il faut aussi parfois se méfier des simulateurs.

F. BALZER.

Trois cas de dermatite herpétiforme dus à la grossesse (herpes gestationis), par George ELLIOT (*The Amer. Journ. of the med. sc.*, *p. 17*, *juillet 1895*).

Survenus au moment de la grossesse, on pourrait faire rentrer les trois cas rapportés par l'auteur dans les faits d'herpès gestationis. Mais le polymorphisme des lésions, les retours constants et la succession continue des éruptions, s'accompagnant de cuissons et de démangeaisons intenses, nous les montrent comme présentant les symptômes capitaux de la maladie de Duhring.

Dans le 1er cas, il est vrai, l'éruption n'a commencé que le troisième jour après la délivrance, mais elle a persisté avec des retours successifs pendant un temps prolongé après la grossesse et, pendant un an les éruptions furent aiguës et devinrent chroniques pendant deux ans et cessèrent presque subitement au bout d'un an. Ce cas doit être rangé dans l'herpès gestationis avec dermatite herpétiforme. Le 2e fait se rapproche plus du type classique de l'herpès gestationis se montrant dès la première grossesse après de nombreuses fausses couches ; il persista après la naissance de l'enfant, s'aggrava pendant quelque temps et cessa au bout de trois mois. Puis après une longue période de calme, l'éruption reparut pendant une nouvelle grossesse, et à ce moment un autre diagnostic que celui de dermatite herpétiforme ne pouvait être porté. Enfin, le troisième fait s'est terminé par la mort, non par suite de l'éruption cutanée elle-même, mais très certainement par septicémie. La lésion avait suivi la même marche dans ce cas : apparition avec la grossesse, aggravation après la délivrance, polymorphisme des lésions, symptômes douloureux précédant et accompagnant les premières éruptions.

F. VERCHÈRE.

Ein histologischer Beitrag zur Kenntniss gesunden und kranken Nagels, par E. ECHEVERRIA (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, *XX*, *n° 2*).

L'auteur distingue dans la lamelle unguéale quatre couches que différencient le volume, les contours, les noyaux et les affinités colorantes

des cellules. A l'état pathologique, elle peut être plus molle ou plus dure que chez les sujets sains. Elle est plus molle dans l'eczéma, le psoriaris, la leukonychie et la stase veineuse; ses cellules sont plus volumineuses et gardent mieux les matières colorantes qu'à l'état normal; elles ont tendance à se dissocier. Par suite de la diminution de pression qu'exerce normalement l'ongle sur la partie sous-jacente, celle-ci s'hypertrophie en même temps qu'elle se ramollit et que sa surface devient onduleuse. L'ongle renferme en pareils cas de nombreux microorganismes.

Lorsque les ongles sont indurés, comme dans le scléronychie, on n'y distingue plus les quatre couches normales; leur masse est homogène; les noyaux de leurs cellules disparaissent rapidement. Il n'y a pas de tendance à la formation d'ondulation; s'il se forme des fentes, elles restent superficielles. Le lit de l'ongle est le plus souvent mal développé; les microorganismes sont peu nombreux et ne pénètrent pas profondé ment. Souvent des bactéries pénètrent dans le tissu sous-unguéal et deviennent le point de départ d'une infection générale de l'organe.

H. HALLOPEAU.

Maladie familiale caractérisée par des altérations des cheveux et des ongles (6 générations, 36 cas), par NICOLLE et HALIPRÉ (*Annales de derm., nos 8-9, 1895*).

Les auteurs rapportent une série de troubles dystrophiques des cheveux et des ongles, héréditaires et congénitaux dans une même famille. L'observation principale concerne un jeune homme de 18 ans, idiot et présentant divers signes de dégénérescence, notamment l'absence ou l'atrophie du corps thyroïde. Les cheveux sont rares, courts, duveteux, décolorés surtout en certains points, presque vitiligineux. Les doigts présentent des ulcérations périunguéales exhalant une odeur fétide, les ongles sont hypertrophiés, incurvés et relevés à leur extrémité, très friables. Des altérations du même genre s'observent aux pieds.

Les auteurs ont repoussé l'idée d'une syphilis héréditaire en s'appuyant sur l'absence de la triade d'Hutchinson; les dents notamment étaient très belles. Ils ont pu examiner les autres membres de la famille dont beaucoup présentaient des altérations analogues à un degré moindre, il est vrai. 36 individus ont été atteints sur 54. La dystrophie a été plus constante dans les générations antérieures que dans la génération actuelle. L'aliénation mentale, l'hystérie se rencontrent aussi dans cette famille de dégénérés.

F. BALZER.

Ein Frostmittel, par C. BŒCK (*Monatsh. f. prakt. Derm., XXI, 4*).

L'auteur recommande contre les engelures un topique qui n'est pas élégant, mais efficace; il est composé d'une partie d'ichtyol, de résorcine et de tannin pour 5 parties d'eau; appliqué sur la peau, il forme un vernis et bientôt l'engelure ainsi que la tuméfaction diffuse des mains disparaissent rapidement. Il a l'inconvénient de laisser pendant une semaine ou deux la peau noirâtre et d'aspect malpropre; d'autre part un petit nombre de sujets ne supportent pas la résorcine. Ce traitement n'est pas applicable aux engelures ulcérées.

H. H.

I. — Ueber das Epitrichium beim Menschen, dessen physiologische Funktionen, sowie Einfluss auf die Entstehung von Hautkrankheiten, par OHMANN-DUMESNIL (*Monatsh. für prakt. Dermat., XXI, 3*).

II. — The epithelial layer of the epidermis and its relationship to ichthyosis congenita, par BOWEN (*Amer. derm. Assoc., 17 septembre 1895*).

I. — Welcker a découvert en 1864, chez l'embryon du Faultier, une couche épidermique qui recouvre les poils et à laquelle il a donné le nom d'épitrichium; depuis lors, on a reconnu l'existence de la même membrane chez divers autres mammifères et aussi chez l'homme. Elle apparaît, dans l'embryon humain, à l'âge de deux mois et demi, constituée par une couche superficielle de cellules pourvues de noyaux et une couche sous-jacente de cellules aplaties avec noyaux plus petits. Elle recouvre la couche cornée de l'épiderme. On la retrouve jusqu'au huitième mois; ses cellules renferment alors de l'éléidine ; les poils les refoulent en se développant; elles diffèrent essentiellement de celles de la couche cornée. L'épitrichium se détache d'abord au niveau des poils et glandes sébacées; si le développement de ces organes subit un arrêt, la chute de cette membrane est retardée et elle reste adhérente à la couche cornée jusqu'à la naissance, ou peu s'en faut. L'auteur pense que, dans ces conditions, la puissance de développement des poils et des glandes sébacées s'accumule dans la couche cornée qui s'épaissit. Si le processus est généralisé, il produit différentes formes d'ichtyose simple et de xéroderma ; s'il s'y ajoute une sécrétion surabondante de sébum, il s'agit d'une ichtyose hystrix ou sébacée; mais, au début des altérations ichtyosiques, on constate un défaut de développement de ces glandes ainsi que des poils. Si l'épitrichium n'est resté adhérent que dans des régions circonscrites, l'hyperkératose leur est limitée ; il en est ainsi fréquemment à la paume des mains et à la plante des pieds; les cavités des aisselles et le visage sont généralement épargnés dans l'ichtyose, parce que les glandes sébacées et le système pileux y sont très développés. Il est probable que d'autres affections cutanées ont également pour origine un trouble dans le développement de l'épitrichium, par exemple le lichen pilaire (nous avons eu plusieurs fois l'occasion de voir les ongles complètement recouverts par une membrane épithéliale, peut-être s'agissait-il d'une persistance anormale de l'épitrichium ?).

II. — B. confirme les faits avancés par Welcker et relate le cas d'un enfant qui, à la naissance, présentait une membrane souple, adhérente, couvrant tout le corps comme « une enveloppe de papier paraffiné ». A la cinquième semaine détachement par grands lambeaux, mais sans laisser de fissures comme dans l'ichtyose. H. HALLOPEAU.

Sclérodermie avec hémiatrophie linguale ayant débuté par le syndrome de la maladie de Raynaud, par CHAUFFARD (*Soc. méd. des hôp., 28 juin 1895*).

Une femme de 59 ans a eu, en novembre 1893, la première crise de syncope locale aux mains et aux pieds; ces crises se répétèrent après chaque exposition au froid, limitées à l'annulaire, au médius et à l'auriculaire, les autres doigts des mains restant indemnes, portant sur tous les orteils. En février, la cyanose se montre, mais seulement aux mains, envahissant aussi le métacarpe

et le poignet; ces malaises restèrent ainsi 8 mois, puis se montrèrent des troubles trophiques variés.

Les ongles d'abord se déformèrent; l'ongle de l'index droit s'allonge au delà du doigt se recourbant en griffe, d'un gris noirâtre; l'auriculaire droit, puis les doigts similaires à gauche, puis les autres doigts présentèrent des lésions analogues à des degrés moins accentués; rien aux orteils.

La figure est devenue immobile, le nez est effilé, froid, le visage est comme plaqué, il y a une gêne notable pour parler et pour rire; à la base de la langue, douleurs sourdes suivies bientôt d'une hémiatrophie droite, qui est tremblante, flasque; la sensibilité générale et gustative est très atténuée à droite. En outre, sur le corps, on note des plaques d'eczéma et de vitiligo, celles-ci localisées aux cou, dos, reins et poitrine.

Chauffard insiste sur le syndrome de Raynaud initial, marquant le début de la sclérodermie, et surtout sur la localisation linguale à prédominance unilatérale; ici l'atrophie est molle, et comme le voile du palais et le larynx sont intacts, il n'y a pas de lésion de l'hypoglosse; il s'agit donc d'une sclérose musculaire. La sclérodermie faciale est peut-être due aux 26 attaques d'érysipèle menstruel qu'a eue la malade. L'ingestion de 2 capsules de 10 centigrammes de corps thyroïde frais a amené la disparition de la réaction douloureuse après les crises d'onglée. H. L.

Sur un cas de psoriasis vaccinal, par RIOBLANC (*Ann. de derm., n° 10, 1895*).

C..., âgé de 22 ans, est vacciné le 21 novembre avec succès; à la suite de cette vaccine se déclare un psoriasis nettement caractérisé qui ne fut guéri que sept mois après à l'aide du traitement arsenical et du traitement local ordinaire. L'auteur rejette l'hypothèse d'une inoculation émanant soit du vaccinifère, soit des autres personnes vaccinées à la même date que le malade. La vaccine a été ici une cause déterminante qui a mis le psoriasis en activité chez un sujet prédisposé. F. BALZER.

Traitement interne du psoriasis et de quelques autres maladies cutanées, par RADCLIFFE CROCKER (*The Brit. Journ. of derm., n° 7, 1895*).

L'auteur a employé divers agents dans le traitement du psoriasis, notamment l'arsenic, l'extrait thyroïdien et le salicylate de soude. Le traitement thyroïdien doit être institué avec de petites doses et ne convient pas aux cas de psoriasis à marche rapide, avec hyperémie intense. L'attention de l'auteur s'est portée surtout sur la salicine et les salicylates. Il a obtenu d'excellents effets du salicylate de soude chez certains malades atteints de psoriasis et cela sans traitement externe.

Un des premiers effets du traitement est de faire pâlir l'éruption qui disparaît ensuite peu à peu. Il a donné progressivement le salicylate jusqu'à la dose de 25 grains. A ces doses le médicament finit par causer parfois des troubles gastro-intestinaux. L'auteur a aussi prescrit le salicylate de soude dans certains cas d'érythème multiforme, de lupus érythémateux, d'eczéma et de lèpre. Il croit que le salicylate de soude peut rendre des services comme antiseptique et comme agent s'adressant spécialement à l'arthritisme. En résumé, le salicylate de soude lui semble devoir être employé surtout dans les psoriasis à marche rapide et congestive dans lesquels on ne peut recourir à l'arsenic ou au traitement thyroïdien. F. BALZER.

Ueber die atrophierenden Formen der Ichthyosis und ihre Histologie, par AUDRY (*Monats. f. prakt. Dermatol., XXI, 1*).

Dans un cas d'ichtyose atrophique, l'auteur a constaté une disparition de l'éléidine de l'épithélium et un défaut de l'hypertrophie des fibres élastiques qui coïncide avec l'atrophie du tissu conjonctif dans l'atrophie sénile de la peau. H. H.

Zur Lehre von den nervösen Störungen..... (Sur les troubles nerveux dans l'herpès zoster avec les paralysies concomitantes du facial), par W. EBSTEIN (*Archiv f. pathol. Anat., CXXXIX, 3*).

Voici les conclusions par lesquelles Ebstein termine une longue étude sur l'herpès zoster et les troubles moteurs concomitants : on ne peut invoquer, pour les expliquer, que des agents spécifiques, toxiques et infectieux, qui sont capables de produire des effets vaso-moteurs, d'altérer les nerfs sensitifs et, parmi les nerfs moteurs, de préférence le facial. Cependant il ne faudrait pas oublier que certaines conditions individuelles (froid, traumatisme) favorisent singulièrement l'action de ces agents.

ÉD. RETTERER.

Traitement du pityriasis versicolor, par Leo LEISTIKOW (*Monats. f. prakt. Dermat., XX, n° 3*).

Unna ayant montré que la solution de bisulfure de calcium incorporée dans la lanoline dégage au contact de la peau de l'acide sulfureux, l'auteur a traité le pityriasis versicolore par une pommade contenant de 40 à 60 parties de cette solution mélangée avec 30 parties de lanoline et vaseline ou de graisse laineuse et vaseline et il a obtenu les résultats les plus satisfaisants. H. H.

Contribution à l'érythème noueux, par PHILIPSON (*Giornale ital. delle mal. vener., XXX, 3*).

La lésion de l'érythème noueux est une inflammation aiguë avec œdème, infiltration de leucocytes mononucléaires avec quelques cellules géantes. Les leucocytes s'amassent surtout autour des vaisseaux; le liquide de l'œdème contient de la fibrine ou des petites granulations de substance albuminoïde.

On ne trouve pas de microorganismes par les diverses méthodes de coloration. Les altérations vasculaires se compliquent parfois d'hémorragies. Il s'agit donc bien d'une inflammation aiguë et non simplement d'un trouble angio-neurotique. La théorie angio-neurotique si souvent adoptée est insuffisante pour expliquer un tel processus morbide.

F. BALZER.

L'actinomycose dans le sud-ouest de la France, par DUBREUILH et FRÈCHE (*Ann. de derm., n°s 8-9, 1895*).

Les auteurs rapportent 7 cas d'actinomycose observés dans le sud-ouest de la France, tous d'origine dentaire. Le traitement ioduré a donné

de bons résultats. L'iodure de potassium a été pris à la dose de 2 à 6 grammes par jour. Les auteurs ont pu constater, après Nocard, que ce médicament n'agit pas sur l'actinomycose d'une façon directe. Le parasite se développe dans des milieux artificiels contenant beaucoup d'iodure. Il est probable qu'il agit en modifiant les humeurs et les tissus et en augmentant la résistance de l'organisme. Cette action semble manifeste dans les tissus sains, tandis que dans les fongosités purulentes, le parasite continue à végéter, malgré l'iodure. L'actinomycose semble n'être pas rare; beaucoup de cas méconnus sont guéris sous l'étiquette de lésions tuberculeuses ou syphilitiques, soit par le curetage, soit par l'iodure de potassium. F. BALZER.

A case of actinomycosis involving the skin extensively, par J. PRINGLE (*Brit. med. Journ., p. 1108, 17 novembre 1894*).

Garçon de 13 ans, dont la famille habitait au-dessus d'une étable. Il est admis à l'hôpital pour une pleurésie séreuse qui guérit en amenant de la rétraction de la poitrine. Bientôt se développent du même côté des abcès cutanés que l'on considère comme tuberculeux et que l'on soumet au grattage. Quelques mois après apparaissent des nodules d'apparence sarcomateuse, ulcérés sur plusieurs points, faisant saillir sur un fond induré et pigmenté. Le pus des ulcérations était séreux et mêlé de grumeaux jaunâtres que l'on reconnut être des grains d'actinomycose. Malgré l'invasion des côtes, du poumon, de la plèvre et des tissus prévertébreux, l'enfant guérit sous l'influence de l'iodure de potassium et de l'ingestion de corps thyroïde.

Stephen Mackenzie a vu un cas analogue, où l'examen du pus est resté négatif. Godbe, Barlow, Taylor signalent des faits du même genre, où le diagnostic de l'actinomycose a pu être établi. H. R.

Hérédité du xanthome palpébral, par Colcott FOX (*The Brit. Journ. of derm., n° 6, 1895*).

L'auteur a observé un cas de xanthome des paupières chez une femme âgée de 28 ans, dont presque toute la famille est atteinte de cette lésion; sept de ses parents les plus directs la présentent à divers degrés. Torök a rapporté de même l'histoire d'une famille dans laquelle le xanthome des paupières s'est reproduit pendant trois générations. F. BALZER.

Observations de polycomie, par ATGIER (*Bull. Soc. méd. d'Angers, p. 17, 2e sem., 1894*).

Un jeune homme de 18 ans porte entre les deux épaules une surface lozangique, mesurant 10 centimètres de hauteur et 6 de largeur, couverte d'une touffe de cheveux aussi noirs et aussi lisses que ceux de la tête et assez longs pour descendre jusqu'à la cuisse. Pas d'autre anomalie.

Son frère, âgé de 24 ans, est aussi atteint de *polycomie* (pluralité des chevelures). Chez lui, la chevelure surnuméraire siège au niveau des vertèbres lombaires; elle a la forme d'un triangle mesurant 16 centimètres à la base et dont les côtés ont 13 centimètres. Les cheveux de cette région étaient très longs; ils ont été coupés et la repousse mesure 12 à 15 centimètres.

LEFLAIVE.

I. — Observation de pellagre sporadique avec autopsie, par GAUCHER et GALLOIS (*Soc. méd. des hôp., 12 juillet 1895*).

II. — Notes sur les lésions histologiques viscérales de la pellagre, par GAUCHER et SERGENT (*Ibidem, 12 juillet 1895*).

I. — Une femme de 44 ans, marchande des quatre saisons, présente, depuis trois semaines, une rougeur croissante des mains. Elle a de vives douleurs d'estomac, des vomissements et une diarrhée intense. A son entrée, le 25 juillet, on voit un érythème pellagreux typique du dos, des mains, allant du poignet à la deuxième phalange; sur la figure, rougeur cuivrée. Sous l'influence du repos, au lit, l'érythème s'améliore, bien que l'état général s'aggrave. Mort le 14 avril.

A l'autopsie, on trouva les poumons très infiltrés de matière noire; le cœur très petit, pesant 135 grammes; l'aorte très étroite, ainsi que les gros troncs afférents. Estomac ratatiné; dans l'iléon, à un mètre au-dessus du cœcum, lésions de psorentérie et 5 ulcérations allongées, superficielles; le foie pèse 1,200 grammes, flotte sur l'eau, aspect gras typique; rate très petite, pèse 25 grammes; utérus très petit.

II. — La rate présente une sclérose très accentuée, le foie une dégénérescence graisseuse totale. Des coupes pratiquées dans la moelle montrent à l'œil nu des lésions qui simulent les lésions du tabes, surtout dans les cordons postérieurs et notamment au niveau des cordons de Goll. On voit aussi des plaques de sclérose dans les cordons latéraux; les premières dominent dans la région cervico-dorsale, les autres dans la région dorso-lombaire.

L'examen histologique montre à la région cervicale la sclérose occupant toute la largeur des cordons de Goll, surtout à la partie moyenne; en arrière elle fait défaut; en avant elle se réduit à une mince traînée; dans les cordons latéraux un îlot de sclérose répond à la presque totalité du faisceau pyramidal; à la 12e dorsale les cordons de Goll ne sont atteints que dans le quart antérieur et on retrouve l'îlot des faisceaux pyramidaux.

La sclérose est peu accentuée, et tous les cylindraxes sont intacts. Dans la substance grise, il y avait des cellules très altérées, granulo-graisseuses ou troubles surtout dans la colonne de Clarke. H. L.

I. — Sur la pluralité des tricophytons, par MIBELLI (*Annales de derm., nos 8-9, p. 733, 1895*).

II. — Observations sur le mémoire de Mibelli, par SABOURAUD (*Ibid., p. 757*).

I. — L'auteur reconnaît l'existence de plusieurs espèces de tricophytons. Les cultures lui ont démontré l'existence de types irréductibles; l'un avec des cultures d'un rouge violet, l'autre avec des cultures d'un blanc jaunâtre. L'espèce rouge violet, fréquente à Parme, très rare à Paris, peut produire des formes cliniques très variées de la tricophytie: 1° la tondante peladoïde fréquente chez les enfants; 2° la tricophytie épidermique circinée avec et sans envahissements des poils; 3° la tricophitie unguéale; 4° la tricophytie de la barbe. De plus ce tricophyton rouge violet peut être à la fois endothrix et ectothrix sur différents cheveux examinés sur une même tête malade. Mibelli n'est pas convaincu que ce tricophyton soit d'origine animale, comme l'a pensé Sabouraud.

II. — Pour Sabouraud, l'espèce rouge violet sur laquelle Mibelli insiste surtout dans son mémoire est un tricophyton ectothrix et se retrouve comme les ectothrix dans toutes les modalités de la tricophytie, y compris

les tricophyties de la barbe. Il croit à l'origine animale de cette variété.

F. BALZER.

Contribution à l'étude de la pelade, par AUDRAIN (*Annales de dermat., octobre 1895*).

L'auteur insiste dans ce travail sur la valeur diagnostique des cheveux cassés, brisés avec éclats, présentant l'apparence d'un balai sur la cassure. Ces cheveux appartiennent aux affections parasitaires, et leur aspect spécial est attribué par l'auteur à l'action même des parasites. Il les a vus dans certaines tricophyties d'apparence peladique et croit que cette cassure ne doit pas être attribuée à une influence trophoneurotique.

F. BALZER.

La chiomiotaxie des leucocytes et l'infection lépreuse, par R. DE LUCA (*Riforma med., septembre 1895*).

Des tubes capillaires fermés à l'une des extrémités et remplis d'une émulsion de léprome, riche en bacilles, ayant été placés dans la cavité d'un bubon inguinal, survenu chez un homme, jeune et bien portant d'ailleurs, il n'a pas été possible, au bout de 24 heures, de constater la présence de leucocytes dans la lumière de ces tubes. Il existe donc chez l'homme une chimiotaxie négative des globules blancs pour l'émulsion de tissu lépreux et les bacilles de Hansen.

Par contre, si l'on place des tubes chargés de la même substance dans la cavité péritonéale de lapins, on trouve, au bout de 8 heures, à l'extrémité ouverte de ces tubes, sur une étendue de 6 à 10 millimètres, un amas blanchâtre constitué par des leucocytes, il existe donc chez le lapin une chimiotaxie positive des leucocytes pour l'émulsion de tissu lépreux et les bacilles de Hansen.

On trouve un ou plusieurs de ces bacilles dans le corps de ces leucocytes. Si l'on injecte dans la cavité péritonéale d'un lapin un centimètre cube d'une émulsion de tissu lépreux, riche en bacilles, on peut déjà, au bout de quelques heures, constater que ceux-ci sont englobés par les leucocytes et entraînés par eux. Au bout de 24 heures il n'est pas un bacille qui ait conservé son intégrité ; ils sont désagrégés et cette désagrégation va en s'accentuant jusqu'à leur disparition complète qui a lieu vers le 12e jour après l'inoculation.

Ces expériences permettent d'expliquer pourquoi le lapin est réfractaire à l'infection lépreuse ; cet état réfractaire est dû à une active phagocytose.

G. LYON.

Étiologie du pemphigus aigu, par PERNET (*The Brit. Journal of derm., n° 10, 1895*).

A propos d'un cas mortel de pemphigus aigu, l'auteur fait remarquer que la maladie n'est pas rare chez les bouchers, et il en signale plusieurs observations.

Dans d'autres cas, il s'agissait encore d'individus appelés par leur profession à être en contact avec les animaux, chevaux, bœufs, etc... Dans un cas la maladie a commencé par une main blessée, chez un

individu chargé de traire les vaches. Elle est due probablement au diplocoque décrit par Demme et par Claessen et qui a été trouvé par Bulloch dans le cas observé par l'auteur.

Il conclut en recommandant les soins d'antisepsie aux bouchers et aux individus en contact avec les animaux; les plaies des doigts et des mains doivent être l'objet de soins particuliers. F. BALZER.

Sur un cas de nævus sous-cutané avec hypertrophie notable des glandules glomérulaires, par BEIER (*Archiv f. Derm,, XXXI, 3*).

Une jeune fille de 17 ans présentait à la face dorsale de l'annulaire gauche une tumeur datant de la naissance qui avait pris un rapide développement et, depuis quelque temps, était devenue rouge, douloureuse. En même temps, la peau à cet endroit suait davantage. Les orifices sudoripares se voyaient facilement et on pouvait en faire sortir un peu de liquide acide par la pression. La tumeur enlevée est constituée par du tissu conjonctif et adipeux sous-cutané, avec hyperplasie et hypertrophie des éléments glandulaires et dilatation des conduits excréteurs. Des faits analogues ont été observés par Unna, Waldeyer, Thierfelder, Petersen; ils se rapportent ainsi que celui que publie l'auteur au nævus subcutaneus de Virchow. F. BALZER.

Un cas de kératose arsenicale, par PAYNE (*The Brit. Journal of derm., n° 7, 1895*).

Parmi les altérations de la peau que peut produire l'arsenic il peut s'en produire qui intéressent surtout l'épiderme à la paume des mains et à la plante des pieds avec formation d'excroissances, ressemblant à des cors. L'auteur rapporte une observation nouvelle concernant un homme âgé de 46 ans qui présentait cette lésion très accusée aux deux mains et aux pieds. Ce malade présentait en même temps de la pigmentation sous forme de taches disséminées sur les membres et le tronc; il présentait encore d'autres signes d'empoisonnement, troubles gastro-intestinaux, insomnie, etc.

Ces altérations cutanées étaient la conséquence d'un traitement arsenical institué contre les psoriasis dont cet homme était atteint. Des altérations semblables ont été décrites par Hutchinson sous le nom de kératose et de tylose arsenicale, et, depuis, ont été signalées encore par Pringle, Brooke et Radcliffe Crocker. Le traitement a consisté en application de collodion salicylé et de pommade salicylée. F. BALZER.

Bleiwasserliniment in der Hautherapie, par C. BŒCK (*Monatsh. f. prakt. Dermat. XXI, 3*).

L'auteur emploie dans le traitement des dermatoses inflammatoires très prurigineuses et non humides un liniment composé de 100 parties de talc et d'amidon, 40 de glycérine avec une quantité suffisante d'eau de plomb pour donner la consistance voulue; si ce liniment produit une légère sensation de brûlure, on remplace la moitié de l'eau de plomb par une quantité égale de solution d'acide borique à 1 0/0; on l'emploie généralement avec addition d'une quantité égale d'eau; il ne produit alors qu'une sensation agréable de fraîcheur; par son action à la fois astringente et antiseptique, il exerce l'action la plus favorable sur les eczémas

aigus et chroniques non suintants ; il est particulièrement utile dans les eczémas rebelles de l'anus et des parties génitales ; on l'emploie également avec avantage dans le lichen ruber et les poussées aiguës de psoriasis. H. HALLOPEAU.

Oleum physeteris s. chänoceti, Entenwalœl, als Salbenconstituens besonders bei der Behandlung von Acne vulgaris, par C. BŒCK (*Monatsh. f. prakt. Dermatol., XXI*, 5).

On attribue au blanc de baleine une grande puissance de pénétration dans la peau ; il pourrait en outre enrayer la vie et le développement des bactéries. Bœck a été conduit par ces données à l'employer comme excipient dans le traitement de l'acné et il en a obtenu de bons effets.

H. H.

Zur Behandlung der Ekzeme und Verbrennungen mitt Myrtillextrakt, par Karl ULLMANN (*Wiener med. Woch., 5 et 12 octobre 1895*).

Sur une centaine de malades du service de Hebra atteints d'affections eczémateuses, U. a expérimenté avec résultats divers l'extrait de myrtille, sous forme d'une pommade à l'épidermine. Les résultats furent surtout bons dans l'eczéma chronique, sur les régions glabres du corps. La peau reprend son aspect normal et les sensations subjectives de chaleur, de démangeaison et de rudesse sont abolies ou tout au moins, notablement diminuées. Dans l'eczéma séborrhéique des petits enfants, les résultats furent également satisfaisants.

Sur les mycoses cutanées, le médicament, même employé longtemps, n'exerce aucune action curative certaine. Il ne combat du reste pas mieux la diathèse eczémateuse, car même dans le cas où il agit d'une façon certaine sur les symptômes locaux, il ne prévient nullement la récidive.

Sur les proliférations épidermoïdes, les squames et les infitrats chroniques, y compris ceux que provoque l'eczéma, l'extrait de myrtille ne fait que ramollir l'épaississement épithélial.

Sur les affections cutanées prurigineuses, à l'exception de l'eczéma, par exemple, l'urticaire, le prurit neurotique, le prurigo, son action est incertaine.

La pommade à l'extrait de myrtille est un pansement excellent des brûlures au premier ou au deuxième degré. CART.

Ueber die durch elektrolytische Epilation hervorgerafenen histologischen Veranderungen (Altérations histologiques qui suivent l'épilation électrolytique), par GIOVANNINI (*Archiv f. Derm., XXXII, 1 et 2*).

Dans la destruction électrolytique des poils, très souvent l'aiguille dévie, sort du follicule ; elle blesse leurs membranes et en entraîne les fragments. Les cellules épithéliales et endothéliales sont spécialement sensibles à son action ; l'épiderme corné et le tissu fibreux résistent mieux. Les cellules épithéliales et endothéliales présentent diverses altérations dans leur protoplasma et leur noyau qui est plus coloré ; dans le stratum de Malpighi il y a souvent hydropisie nucléaire et périnu-

cléaire, et finalement parfois fonte de la cellule. Pendant l'électrolyse, l'aiguille agit sur les matières grasses et surtout sur celles des glandes sébacées. Dans quelques poils, les altérations des cellules épithéliales et endothéliales sont assez étendues, tant du côté de la matrice et de la papille du poil que dans la gaine épithéliale externe, pour assurer la réussite de l'épilation. L'action de l'électrolyse diffuse et atteint souvent les glandes sébacées, le derme, l'épiderme, les glandes sudoripares et quelquefois les petits poils voisins de ceux qui ont été électrolysés. Cette diffusion de l'électrolyse explique son succès dans les cas où l'aiguille n'a pas été dirigée de manière à atteindre directement la matrice et la papille du poil. L'électrolyse est donc suivie d'une inflammation localisée qui guérit en quelques jours ; au bout d'un certain temps on ne trouve plus que des fragments de poils ou des amas de cellules cornées emprisonnés dans le derme. Le processus inflammatoire est intense surtout du troisième au neuvième jour qui suivent l'épilation ; la cicatrisation s'achève et ferme définitivement les follicules pileux. Elle est retardée par les amas de substance cornée retenus dans le derme. Après l'épilation, les glandes sudoripares voisines sont quelquefois détruites ou restent atrophiées ; la membrane propre du canal excréteur est épaissie. Les glandes sébacées sont détruites constamment, même dans les follicules pileux où l'épilation n'a pas réussi. Pour les poils de 0,09 millimètres de diamètre, l'aiguille doit être enfoncée au moins à 0,05 millimètres de profondeur, pour que la réussite de l'électrolyse soit certaine. Pour les poils de 0.07 millimètres de diamètre, un courant de 0,5 à 0,8 milliampères pendant 30 secondes est suffisant ; toutefois avec un courant de 0,08 à 1,2 milliampères les petits poils voisins sont détruits. La destruction du poil est obtenue, quand après l'opération, il est extrait sans gaine.

F. BALZER.

De la syphilis contractée à un âge avancé et de la fréquence relative des manifestations du côté du système nerveux central. Discussion de la Réunion dermatologique berlinoise (*Berlin. klin. Woch., n° 25, p. 551, 24 juin 1895*).

D'après *Born*, à la clinique de Lassar, la proportion des syphilis acquises à un âge avancé (11 cas en 10 ans), représente le vingt-cinquième des infections extra-génitales ; l'âge des malades était compris entre 61 et 64 ans ; 3 étaient des femmes. Chez aucun d'eux, l'évolution ne s'est fait remarquer par une bénignité ou une gravité particulières et pas un n'a présenté de troubles du système nerveux.

G. Lewin a réuni 600 cas de syphilis maligne, parmi lesquels il n'a trouvé qu'une dizaine de cas d'affections cérébrales, dont la moitié chez des individus ayant dépassé 40 ans. Les manifestations du côté de l'encéphale sont donc très rares, et d'ailleurs le diagnostic de la syphilis cérébrale est singulièrement délicat, surtout s'il n'y a pas d'autres manifestations spécifiques. En effet, le mercure, sous quelque forme qu'on l'administre, peut provoquer des phénomènes cérébraux semblables aux accidents syphilitiques ; il n'y a qu'un moyen de diagnostic, c'est d'observer les effets du traitement mercuriel.

Rosenthal n'a pas remarqué que dans la syphilis contractée à un âge avancé, le système nerveux soit affecté plus précocement.

Renvers croît que l'évolution de la syphilis des personnes âgées est surtout influencée par l'état de leur système vasculaire. Lorsque, préalablement à l'infection, il existait de l'artériosclérose encéphalique, c'est la règle que, dans le cours de la syphilis, le processus de sclérose artérielle continue à progresser en se trahissant par les troubles bien connus du côté du système nerveux cérébro-spinal. Suivant ses propres observations anatomo-pathologiques, les lésions syphilitiques du système nerveux central sont moins communes chez les vieillards que les altérations vasculaires d'artériosclérose accélérée par la syphilis.

Blaschko n'a pas vu un seul exemple d'affection des centres nerveux chez les syphilitiques âgés, à moins qu'on n'y fit rentrer une rétinite optique double survenue chez un homme de 61 ans, 3 ans après la contagion. Il a été, au contraire, frappé de la légèreté relative des accidents chez tous ses malades. Il se l'explique en réfléchissant que, en général, les hommes capables de contracter la syphilis à un âge avancé jouissent aussi d'une vitalité plus grande.

Mendel, dont le travail a été le point de départ de la discussion, accepte entièrement la manière de voir de Renvers, que souvent la syphilis sénile n'est grave que parce qu'elle renforce l'artériosclérose, ce que fait encore le traitement spécifique. J. B.

Pronostic de la syphilis issue de chancres extra-génitaux, par A. FOURNIER (*Semaine méd.*, *4 décembre 1895*).

Les syphilis issues de chancres extra-génitaux comparées avec un nombre proportionnel de syphilis d'origine génitale ne comportent pas un pronostic plus grave que celles-ci. La gravité particulière attribuée à cette variété tient moins à la localisation du chancre qu'à certaines conditions d'âge, de constitution, etc. A. C.

Syphilis cérébrale précoce; hémiplégie; manie, par CÉNAS (*Loire méd., 15 juin 1895*).

Homme de 26 ans, sans hérédité nerveuse : en octobre 1894, chancre induré du fourreau, datant de six semaines ; accidents consécutifs ; traitement mixte. Moins de 3 mois 1/2 après l'apparition du chancre, paralysie des membres du côté gauche et quelques jours plus tard accidents de manie impulsive et présence de l'albumine dans l'urine. Le traitement mixte détermine une certaine amélioration, mais non la disparition des accidents qui ne sont qu'atténués. OZENNE.

De l'infection syphilitique par le placenta, par PELLIZZARI (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, *XXX*, *3*).

L'auteur admet que l'infection ne se produit pas, si les vaisseaux qui se trouvent en simple contact restent sains chez la mère et le fœtus. Les foyers inflammatoires qui se produisent dans le placenta maternel sont le point de départ de la syphilis qui sera transmise au fœtus. Lorsque la mère est saine au moment de la conception d'un fœtus syphilitique, il se peut que la syphilis reste latente chez elle ; l'auteur explique cette immunité par le processus suivant lequel se fait l'infection dans ce cas. Il admet que les toxines élaborées par le fœtus, passent d'abord dans la

circulation de la mère et déterminent ainsi un état réfractaire qui explique l'atténuation de la maladie. Mêmes arguments dans la syphilis congénitale : la lenteur avec laquelle se développent les altérations placentaires fait comprendre que le fœtus puisse échapper à l'infection syphilitique lorsque la mère est infectée après le septième mois. A. BALZER.

Note sur trois cas de pleurésie au cours de la syphilis secondaire, par LE DAMANY (*Gaz. hebd. Paris*, *27 avril 1895*).

Dans les deux premières observations la pleurésie est restée unilatérale, a duré 80 jours pour l'une, 75 pour l'autre, et n'a pas paru influencée par le traitement spécifique ; l'épanchement a été assez abondant pour que l'on ait songé une fois à le ponctionner.

Dans le troisième cas, la pleurésie n'a duré que 15 jours, a été accompagnée de fort peu d'épanchement et a paru heureusement influencée par le traitement spécifique, caractères indiqués par Chantemesse pour la pleurésie syphilitique.

Si toutes les pleurésies survenant à la période secondaire de la syphilis sont regardées comme de nature spécifique, il faut admettre que leurs signes physiques, leur évolution, leur obéissance au traitement sont très variables. Sinon, il faut reconnaître qu'à côté des pleurésies vraiment syphilitiques, il en est d'autres, méta-syphilitiques, pour lesquelles la pleurésie n'est qu'une complication de la syphilis, qui en facilite l'éclosion en diminuant la résistance de l'organisme et en favorisant une seconde infection. LEFLAIVE.

Hémoglobinurie paroxystique essentielle et hérédo-syphilis, par COURTOIS-SUFFIT (*Méd. moderne, p. 137, 2 mars 1895*).

Enfant de 4 ans, atteinte depuis 2 ans de crises d'hémoglobinurie paroxystique, se montrant à la suite de refroidissement, avec leurs caractères habituels. Père syphilitique, mort de paralysie générale ; deux premiers enfants mort-nés, l'un à terme avec des taches rouges.

Après un traitement mercuriel et surtout ioduré, diminution d'nne hypertrophie du tibia, disparition des accès hémoglobinuriques, mais reproduction à deux reprises d'accès constitués par les symptômes qui accompagnent ordinairement l'hémoglobinurie, sans que celle-ci se montre.

Ce cas, rapproché d'un fait analogue de Goetze, montre que l'hérédo-syphilis, comme la syphilis acquise, peut produire l'hémoglobinurie.

GEORGES THIBIERGE.

Un caso di emoglobinuria parossistica da sifilide, par CALCAGNO (*Giorn. medico della R. Esercito e della R. marina*, *1895*).

Homme de 30 ans, marin, non paludique, ayant eu un chancre de la verge sans accidents syphilitiques consécutifs. Deux mois après le chancre, accès d'hémoglobinurie, puis autres accès à intervalles variables. La quinine n'a pas d'effets. Après traitement mercuriel et ioduré, les accès cessent et l'état général s'améliore. GEORGES THIBIERGE.

Ueber die durch Syphilis bedingten Blutveränderungen..... (Sur les modifications du sang produites par la syphilis, avec leur signification diagnostique et thérapeutique), par J. JUSTUS (*Archiv f. path. Anat.*, *CXL*, *1*).

La syphilis, qui n'a pas été traitée, entraîne une diminution notable de l'hémoglobine des globules rouges, qui dure plus ou moins longtemps pour disparaître spontanément. On voit de même l'hémoglobine diminuer dans les globules rouges dès qu'on institue le traitement mercuriel. En continuant l'administration du mercure, on voit très vite succéder à cette diminution une augmentation notable dans la richesse hémoglobique des globules rouges, en même temps que les accidents syphilitiques s'améliorent et guérissent. ÉD. RETTERER.

Traitement de la syphilis par les injections d'antitoxine syphilitique, par COTTERELL (*The Brit. Journ. of derm.*, *n° 11*, *1895*).

L'auteur admet que le sérum d'une personne atteinte de syphilis depuis un certain temps peut être plus efficace que le sérum des animaux qui a été employé plusieurs fois dans le traitement de la syphilis. Il développe brièvement les arguments qui viennent à l'appui de cette idée que l'immunité est due à la présence dans le sang d'une antitoxine syphilitique. Il donne les résultats qu'il a obtenus dans 8 cas. Les injections ont été utiles dans les premiers stades de la syphilis et contre les accidents secondaires ; elles ont paru agir plus rapidement que le traitement mercuriel. Le sérum provenant d'un individu à la période secondaire est plus actif que celui qui provient d'un individu à la période tertiaire. L'auteur a injecté le sérum jusqu'à la dose de 5 centimètres cubes. Il publie cette note sans conclusions fermes et surtout pour provoquer des expériences dans cette voie. F. BALZER.

Essai de vaccination contre la syphilis, par ROCHON (*Méd. moderne, p. 325, 22 mai 1895*).

L'auteur rapporte l'observation d'un homme ayant eu des rapports sexuels avec une femme manifestement syphilitique (plaques muqueuses à la face interne des grandes et des petites lèvres). Trois jours après le coït infectieux. il commence des injections de sérum du sang de sujets syphilitiques, extrait au moyen de ventouses scarifiées. Les 3 premiers jours, il injecte 1, 2, 5 centimètres cubes de sérum du sang d'un syphilitique de 9 ans, les 3 jours suivants 3, 4, 5 centimètres cubes de sérum d'un syphilitique de 5 ans, les 2 derniers jours 1 et 2 centimètres cubes de sérum d'un syphilitique de 18 mois. Le sujet inoculé ne présenta aucune manifestation syphilitique. L'auteur fait observer que, si son observation ne prouve pas la valeur vaccinale du sérum des syphilitiques, il est tout au moins à remarquer que le dernier sujet qui a fourni du sang était encore à la période contagieuse et que cependant il n'y a pas eu d'effets nuisibles, ce qui tendrait à faire admettre que les premières injections avaient des propriétés préventives. GEORGES THIBIERGE.

Contribution à l'étude des injections de sublimé à hautes doses dans le traitement de la syphilis, par F. SPRECHER et V. ALLGEYER (*Riforma med.*, *n° 209*, *septembre 1895*).

Sprecher et Allgeyer ont traité par les injections de sublimé à hautes doses, 126 syphilitiques, dont 115 atteints de manifestations secon-

daires et 11 seulement de manifestations tertiaires; ils ont fait usage de solutions de sublimé, additionnés de chlorure de sodium (5 à 6 parties de sel pour 1 de sublimé).

La dose initiale pour chaque injection a été de 4 centigrammes chez l'homme et de 3 centigrammes chez la femme, à une semaine de distance l'une de l'autre. Le nombre des injections pour 110 malades a varié entre 3 et 12 injections et la dose de sublimé injectée à chaque malade entre 9 et 40 centigrammes; chez 16 malades on n'a pu faire que 2 injections.

751 injections ont été faites en tout, dont 15 de 2 centigrammes, 265 de 3, 303 de 4, 168 de 5.

Jamais on n'a observé d'abcès au siège de la piqûre, mais des phénomènes d'intoxication hydrargyrique ont été constatés souvent, principalement chez la femme. Chez 42 sujets, l'hydrargyrisme a été léger (stomatite, troubles intestinaux, nausées, céphalée, etc.). L'hydrargyrisme grave a été observé dans 5 cas, tous chez la femme.

En ce qui concerne les résultats thérapeutiques, la guérison des accidents actuels a été obtenue dans tous les cas, sauf 2 (il s'agissait d'ecthyma syphilitique profond). En général, il a fallu 3 ou 4 injections pour faire dlsparaître la roséole, la céphalée, les douleurs musculaires et osseuses; 5 ou 6 injections ont été nécessaires pour guérir les syphilides de la bouche et du pharynx, 5 à 10 pour les gommes. 6 malades seulement ont été revus au bout de 1 à 3 mois, avec de nouvelles manifestations.

Les auteurs concluent à l'efficacité des injections de sublimé à hautes doses, mais constatent qu'elles entraînent souvent des accidents d'hydrargyrisme, peu graves à la vérité, sauf chez la femme, où l'intolérance est beaucoup plus marquée.

Une injection de 3 centigrammes peut amener des accidents graves chez la femme, une injection de 5 centigrammes peut mettre la vie en danger. G. LYON.

De l'usage des nitrites dans le traitement des maladies infectieuses (la syphilis), par PETRONE (*Riforma med.*, *31 août 1895*).

Petrone a essayé le nitrite de soude dans quelques maladies infectieuses et notamment dans la syphilis. L'un des malades présentait des douleurs ostéocopes très violentes qui lui enlevaient tout repos pendant la nuit, des périostites multiples rendant la marche très pénible et une syphilide papulo-pustuleuse confluente. Il fut soumis aux injections de nitrite de soude à la dose initiale de 5-10 cent. qui fut portée bientôt à 50 cent., répartis en deux injections. A partir de la seconde injection le sommeil revint, puis les périostites et la syphilodermie allèrent en s'atténuant et au bout de 30 jours une amélioration considérable put être constatée. Le second malade était atteint de syphilis héréditaire et porteur de gommes sous-cutanées et périostées; le même traitement fut institué et les ulcérations gommeuses se cicatrisèrent rapidement.

La concentration des solutions pour injections ne doit pas dépasser 2 à 3 0/0; à cette condition on n'a pas à redouter d'accidents locaux. G. LYON.

Ueber die Wirkung und Verwendbarkeit der von Baccelli empfohlenen intravenösen Sublimatinjectionen, par M. DINKLER (*Berlin. klin. Woch.*, *6*, *13 et 20 mai 1895*).

Les injections intra-veineuses de sublimé ne peuvent être substituées aux procédés de cures antisyphilitiques usités jusqu'ici. En regard du seul avantage qu'elles offrent, celui d'une action prompte, elles présentent des inconvénients multiples et sérieux. Sans compter les difficultés d'exécution et le nombre restreint de malades auquel elles peuvent s'appliquer, à cause du développement insuffisant du système veineux cutané, elles donnent lieu à des thromboses veineuses et favorisent les récidives des accidents spécifiques.

Toutefois, leurs rapides effets en indiquent l'emploi à titre de traitement initial, surtout dans les cas de syphilis grave des centres nerveux. (Voy. *R. S. M.*, XLVI, 215). J. B.

Intravenous medicated injections according Baccelli's method, par HOGNER (*Boston med. surg. Journ.*, *27 juin 1895*).

Dans un cas de syphilis grave survenu chez une femme de 37 ans, multipare, le traitement classique restant impuissant, H. a pratiqué une série d'injections intra-veineuses de sublimé ; il n'a pas observé d'accidents de traitement, mais les résultats thérapeutiques ne furent ni très prompts ni très apparents, le cas semblant du reste très réfractaire au mercure. CART.

Chromsäure-Lapisätzung in der syphilidologischen Praxis, par C. BŒCK (*Monatsh. f. prakt. Derm.*, *XXI*, *2*).

L'auteur touche les plaques syphilitiques successivement avec la solution à 10 0/0 d'acide chromique et avec le crayon de nitrate d'argent ; il se produit du chromate d'argent et de l'acide nitrique à l'état naissant ; l'action de ces deux substances ainsi combinées est beaucoup plus énergique que celle de chacune d'elles appliquée isolément et cependant la douleur est peu intense. Cette caûtérisation a été employée par l'auteur avec un grand avantage dans les plaques muqueuses rebelles de la bouche, ainsi que dans celles de la peau quand elles sont anciennes, sèches et indurées ; cette cautérisation peut suffire à faire avorter un chancre mou et à en enrayer la tendance au phagédénisme ; enfin les petits condylomes sont également justiciables de cette médication.

H. HALLOPEAU.

I. — Noch einige Worte über das Wesen des einfachen, kontagiösen Geschwüres, par DUCREY (*Monatsh. f. prakt. Derm.*, *XXI*, *2*).

II. — Die Verschiedenen Phasen des Streptobacillus ulceris mollis, par UNNA (*Ibidem*).

I et II. — Les deux auteurs sont d'accord pour admettre que les bacilles décrits, par le premier, dans le liquide du chancre simple cultivé, par le second, dans son tissu ne sont qu'un seul et même parasite. S'il y a pu avoir incertitude à cet égard, c'est que les deux éléments présentent quelques différences. Le strepto-bacille d'Unna a, en effet, des dimensions un peu moindres, ses extrémités ne sont pas arrondies, il

n'est pas absorbé par les leucocytes ; il se dispose en chaînettes. Ces différences s'expliquent par les modifications que subit le bacille aux différentes périodes de son évolution et suivant qu'il se développe dans le derme ou dans le liquide exsudé ; on trouve entre eux tous les intermédiaires ; pour aucune des deux formes il ne se produit de phagocytose ; ni l'un ni l'autre n'a pu jusqu'ici être cultivé ni inoculé à un animal.

H. HALLOPEAU.

Les diverses phases de la doctrine du streptobacille du chancre mou, par UNNA (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, *XXX*, *3*).

Unna établit de nouveau la doctrine de l'identité du strepto-bacille du chancre mou avec le bacille de Ducrey. Les différences de grosseur s'expliquent par les diverses phases que traverse le bacille ; dans le pus, il est un peu plus petit que dans les tissus. Dans le pus, les matières colorantes le font paraître en point double, dans les tissus il paraît au contraire homogène. Dans le tissu il se présente en chaînettes, dans le pus les éléments sont libres. La phagocytose n'existe pas dans les tissus ; à la surface seulement on voit des bacilles inclus dans les cellules du pus. Jusqu'à présent les cultures n'ont pas réussi, de même que les inoculations sur les animaux.

La présence du bacille dans les tissus a été constatée environ dans une centaine de cas par divers observateurs. Il existe dans les tissus à l'état pur, tandis qu'à la surface de l'ulcère, il est mélangé à divers saprophytes.

Au début, le streptobacille se trouve entre l'épiderme et le derme, parallèlement à la surface ; plus tard il s'enfonce perpendiculairement dans le derme en dépassant les limites du tissu nécrosé. Son action nécrosante est évidente, mais il ne pénètre pas dans les vaisseaux. Malgré l'absence des cultures, l'ensemble de ces caractères joints à ce fait que le strepto-bacille appartient exclusivement au chancre mou, démontre bien son rôle pathogène. F. BALZER.

Diagnostic et traitement du chancre mou intra-urétral, par MINELLI (*Giorn. ital. delle mal vener.*, *XXX*, *3*).

L'auteur recommande les lavages de l'urètre antérieur avec la solution de permanganate de potasse a 1/4000. Il a obtenu ainsi la guérison en 8 jours dans un cas de chancre mou intra-urétral. F. BALZER.

I. — Zur Cultur des Gonococcus Neisser, par KIEFER (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 15*, *p. 332*, *15 avril 1895*).

II. — Discussion de la Société médicale de Berlin (*Ibid.*, *p. 334*).

I. — Kiefer prépare le milieu de culture destiné aux gonocoques, comme il suit : Agar, 3 1/2 0/0 ; peptone, 5 0/0 ; glycérine, 2 0/0 ; chlorure de sodium 0,5 0/0. Ce mélange, liquéfié, puis ramené à 50°, est additionné d'une quantité égale de liquide ascitique porté aussi à la température de 50° ; on étale le tout ensuite dans des godets de Petri ; ce milieu est de réaction neutre. Kiefer insiste sur l'extrême sensibilité du gonocoque à la température ; c'est pour lui la raison principale des nom-

breux échecs de cultures. Le diplocoque de Neisser, quel que soit le sol nourricier, ne croît ni à la température de la chambre, ni au-dessus de 38° ; on doit toujours s'efforcer de maintenir la température de l'étuve à une hauteur aussi constante que possible, comprise entre 35°8 et 36°.

Le procédé de Finger qui consiste à répartir également le milieu dans les godets de Petri est bien préférable à son coulage en bloc. Les colonies ont achevé leur croissance au bout de 48 heures et n'ont jamais plus de 3 millimètres de largeur. Leur teinte reste toujours grise ; lorsque leur épaisseur augmente, leur centre prend cependant un ton blanchâtre. Quant à la couleur jaune indiquée par Finger, pour des cultures sur mélange d'agar et d'urine (*R. S. M.*, XLV, 606), Kiefer l'attribue à des impuretés. Les principaux caractères microscopiques des cultures de gonocoques sont les suivants : Couleur fauve, jaune clair assez fortement réfringente (toute teinte plus foncée doit faire soupçonner une culture mixte) ; centre grossièrement granuleux, brillant ; zones moyenne et marginale finement granuleuses ; contours dentelés ; comme aspect typique, des crevasses et des rigoles rayonnant de partout vers le centre et rappelant un morceau de glace fissuré. Ces derniers caractères expliquent le peu de cohésion de ces cultures et leur facile envahissement par d'autres microorganismes. La ressemblance avec des baies de ronces signalée par Wertheim n'est nullement spéciale aux cultures de gonocoques.

Dans un certain nombre de suppurations du col utérin, de bartholinites, d'urétrites, tant masculines que féminines, et dans un cas d'abcès parovarien, au lieu du gonocoque, Kiefer a trouvé surtout le bacille banal du côlon, puis le protée, le bacille fétide, quelques autres espèces produisant une décomposition fétide de l'albumine, enfin, une fois, le bacille fluorescent liquefac. et une fois une espèce ressemblant au bacille subtil. On rencontre parfois aussi dans les suppurations génitales chroniques de la femme, des bâtonnets courts ou longs, nichés, comme les gonocoques, dans le protoplasma des leucocytes ; une espèce, notamment, qui peut prêter à confusion, est un bacille qu'on trouve dans les globules du pus, qui se segmente en très courts fragments et paraît parfois entouré d'une enveloppe muqueuse.

Kiefer est d'avis que, par coloration, on peut distinguer le gonocoque de tous les autres diplocoques plus ou moins semblables.

II. — *A. Lewin* a obtenu de meilleurs résultats que Kiefer, du procédé de culture de Finger, Ghon et Schlagenhaufer, sur agar additionnée d'urine, et il croît, comme lui, que les insuccès tiennent à la réaction variable de l'urine. Les cultures de gonocoques ont même réussi quand les malades étaient soumis à l'usage de l'essence de santal (2 fois sur 7) ; du reste, l'urine de ces malades contenait encore d'autres microorganismes. Lewin a aussi remarqué que les plus petites variations thermométriques pouvaient faire échouer les cultures.

L. Casper croît à la supériorité du milieu de culture de Kiefer sur tous ceux connus jusqu'ici, au point de vue de la constance des résult tts. J. B.

Complications de la période initiale de la blennorragie, par ROCH (*Thèse de Nancy, 1895*).

L'auteur passe en revue un certain nombre d'accidents qui se produisent au début de la blennorragie : troubles de l'état général, retentissements douloureux du côté des séreuses, péritoine, tunique vaginale, articulations, etc. Il rappelle aussi les névrites et névralgies précoces et apporte des observations nouvelles et minutieuses sur l'albuminurie et la congestion rénale observées au début de la blennorragie, chez des sujets exempts de toute complication et non traités. Il conclut qu'à cette période il peut intervenir, du côté des reins et des uretères, des accidents qui ne sont explicables que par l'action des toxines agissant sur la moelle et sur le rein. Pour la pathogénie des autres accidents, l'auteur croit qu'ils sont dus pour la plupart à l'actien des toxines sur les racines nerveuses ou sur leurs extrémités. F. BALZER.

Étude sur le rhumatisme blennorragique chez l'enfant, par H. VANUXCEM (*Thèse de Paris, 1895*).

Ce travail contient une observation inédite de rhumatisme blennorragique chez un garçon de 4 ans, atteint de chaudepisse depuis 2 mois. En dehors des nouveau-nés, tous les cas publiés auparavant avaient été relevés chez des filles atteintes de vulvo-vaginite. H. L.

Luxation spontanée de la tête du radius droit au cours d'hydarthroses blennorragiques à bascule des deux coudes, par F. WIDAL (*Soc. méd. des hôp., 26 juillet 1895*).

Un homme de 24 ans a eu, en 1894, une première blennorragie suivie d'arthropathies multiples pendant près de trois mois. En juin 1895 nouvelle blennorragie ; trois semaines plus tard arthropathie du coude gauche durant huit jours. Le 10 juillet, arthropathie du coude droit, guérie le 19. Le 20, arthropathie nouvelle du coude gauche. Le 22, reprise à droite avec épanchement très considérable, et luxation effectuée sans douleur ni traumatisme de la tête du radius, qui fait saillie en arrière en dehors et au-dessous du condyle huméral. Le coude droit est déformé, immobilisé en demi-flexion et en pronation. H. L.

Localisations internes du gonocoque ; pleurite gonococcique ; arthrite gonococcique, par BORDONI-UFFREDUZZI (*Arch. ital. de biol., XXII, p. 154, 1895*).

L'auteur rapporte un cas de pleurite développée dans le cours d'une blennorragie chez une jeune fille violée par un homme atteint d'urétrite spécifique et poussé par le préjugé vulgaire que la gonorrée guérit par le coït avec une femme vierge. Il y aurait eu en plus péricardite, endocardite, poliarthrite. Mazza trouva dans les leucocytes et les cellules endothéliales de l'exsudat pleurique, le gonocoque de Neisser à l'exclusion de tout autre microbe.

Autre cas de polyartrite chez une femme amenant à une intervention opératoire sur le pied. On recueille l'exsudat dans lequel on démontre la présence unique du gonocoque. On le cultive et on détermine une infection blennorragique chez un sujet sain par inoculation de la seconde culture.

La conclusion, c'est que le gonocoque peut se répandre dans l'organisme et y produire les mêmes phénomènes inflammatoires que dans l'urètre.

DASTRE.

Épidémie de vulvite blennorragique, observée à la clinique des enfants (contagion par le thermomètre), par WEIL et BARJON (*Archives de méd. exp.*, *VII*, *3*).

Dans une salle d'enfants, on observe dans l'espace de 3 mois une série de 30 cas de vulvite purulente; des recherches appropriées montrent la présence du gonocoque chez 24 fillettes. L'épidémicité et la contagiosité ne pouvant ici être mises en doute, on s'attache à reconstituer le mécanisme de la transmission. Les cas s'étaient succédés sans ordre, capricieusement; il était impossible d'incriminer la contagion manuelle, ni l'usage d'objets communs autres que les thermomètres. Ceux-ci servaient à prendre la température rectale et étaient sans nettoyage suffisant, utilisés pour plusieurs malades successivement. Les cas cessèrent dès qu'on eut changé les thermomètres et assuré la désinfection des nouveaux. Le rectum lui-même était épargné, soit à cause de l'élection du gonocoque pour la vulve, soit parce que la partie du thermomètre la moins nettoyée était surtout la portion de la tige qui frottait contre la vulve et le haut des cuisses.

GIRODE.

Die Behandlung des Harnrohrentrippers (blennorragie) mit Argentamin, par ASCHNER (*Wiener med. Woch.*, *23*, *30 mars*, *6*, *13*, *20 et 27 avril 1895*).

A. a longuement étudié sur 220 cas de blennorragies anciennes l'action de l'argentamine, qu'il tient pour plus maniable et pour plus efficace que le nitrate d'argent. En solution à 1 0/00, à 1 0/500 et même à 1 0/250, l'argentamine est bien tolérée par l'urètre postérieur. Pendant le séjour du liquide dans l'urètre et, après son expulsion, les malades ne ressentent en général qu'une légère brûlure. L'urètre antérieur tolère aisément la solution à 1 0/00, tandis qu'à 1 0/500 le sentiment de brûlure est assez violent et peut parfois persister pendant une demi-heure; de là, l'indication de toujours commencer par des solutions faibles et de tâter ainsi la susceptibilité de l'urètre enflammé. L'argentamine est un puissant anti-gonocoque. A 1 0/00 en instillations suivant la méthode d'Ultzmann ou en irrigations avec la seringue, la solution fait disparaître en 10 ou 12 jours les gonocoques de la sécrétion pathologique, c'est-à-dire plus rapidement encore que le nitrate d'argent. L'argentamine a une très remarquable action en profondeur sur les tissus, sans produire de coagulation sur la muqueuse, ce qui est tout particulièrement précieux dans le traitement des urétrites.

CART.

I. — Traitement de la blennorragie chronique chez l'homme, par J. JANET (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, *juin 1895*).

II. — Beitrag zur Behandlung der Gonorrhoe nach der Janet'schen Methode (Traitement de la blennorragie d'après la méthode de Janet), par EKELUND (*Archiv. für Dermat. und Syph.*, *XXXI*, *3*).

I. — Après avoir conseillé le traitement abortif de la blennorragie aiguë par les lavages au permanganate de potasse, Janet expose les règles suivantes pour le traitement de la blennorragie chronique :

1° Supprimer le gonocoque par les lavages au permanganate ;

2° Supprimer ou limiter les infections secondaires par des lavages au permanganate et au sublimé, associés ou isolés suivant les cas, ou au nitrate d'argent ;

3° Traiter les lésions superficielles et récentes par les lavages et les instillations, les lésions profondes et anciennes par la dilatation et le massage combinés à ces mêmes procédés, enfin, les lésions localisées à l'aide de l'endoscope. Interdiction du mariage aux malades porteurs de gonocoques ou atteints d'infections secondaires. R. JAMIN.

II. — L'auteur a employé les lavages au permanganate de potasse suivant la méthode de Janet, de 1/4000 à 1/1000, en pratiquant les examens microscopiques nécessaires pour contrôler la présence du gonocoque pendant le traitement. Les formes subaiguë et chronique ont été surtout favorablement influencées par le traitement. L'auteur publie trois tableaux comprenant les résultats obtenus dans les blennorragies simples, compliquées d'épididymites ou d'autres accidents. Blennorragies simples : 56 cas, dans 49 cas disparition des gonocoques après un nombre de 1 à 20 lavages ; 7 échecs. Blennorragies avec épididymite, 54 ; 3 échecs et 51 guérisons après 1 à 20 lavages ; ces résultats nous paraissent particulièrement remarquables. Blennorragies avec accidents divers, 15 cas : 10 guérisons et 5 échecs. F. BALZER.

Ueber die Behandlung der Gonorrhoe mit Argentum-Casein (argonin), par JADASSOHN (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, *XXXI*, *1-2*).

L'argonine ou argentum-caséine est le résultat de la combinaison de la caséine avec l'argent et a été préparée par Röhmann et Liebrecht. Cette préparation est gonococcide, sans avoir les propriétés coagulantes du nitrate d'argent. Elle peut être employée de 1gr,5 à 2 grammes 0/0 et même jusqu'à 7gr,5 0/0. Les solutions fortes deviennent irritantes sans être caustiques ; elles conviennent pour l'urétrite antérieure de l'homme et pour l'urétrite blennorragique. L'argonine n'est pas astringente et ne convient pas quand on a besoin d'exercer une action astringente sur les surfaces enflammées. F. BALZER.

L'alumnol comme antiblennorragique, par CHOTZEN (*Archiv f. Derm. und Syph.*, *XXXI*, *2*).

L'alumnol, malgré ses propriétés astringentes, n'est pas irritant et ne provoque pas la cystite du col de la vessie, comme cela arrive souvent avec le nitrate d'argent. L'auteur a traité 171 cas de blennorragie, dans lesquels 88 ont perdu leurs gonocoques en une semaine. Dans un grand nombre de cas les filaments disparaissaient aussi en une semaine. Dans les cas d'urétrite totale, il traite d'abord l'urétrite antérieure avec une solution à 2 0/0, puis à 1 0/0, quand les gonocoques ont disparu ; il traite l'urétrite postérieure au moyen d'instillations faites avec la sonde d'Ultzmann avec des solutions de 1 à 5 0/0 ou avec de la lanoline additionnée d'alumnol de 2,50 0/0 à 5 0/0. F. BALZER.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Intorno ad una nuova anomalia dei condili occipitali, etc. (Sur une nouvelle anomalie des condyles occipitaux étudiée sur 214 crânes d'aliénés), par G. OBICI et R. DEL VECCHIO (*Rivista sper. di fren. e med. leg.*, *XXI*, *p. 56 1895*).

Les auteurs arrivent aux conclusions suivantes :

Les condyles occipitaux chez l'homme oscillent entre deux extrêmes, les condyles plats et les condyles à angle. Les condyles plats sont d'origine tantôt embryologique tantôt pathologique. Les condyles à angle indiquent peut-être un caractère de dégénération puisqu'on rencontre cette forme chez les animaux. Dans les condyles à angle la face antérieure est due à cette portion du noyau basio-occipital qui prend part a la formation de la partie antérieure des condyles, la face postérieure est due au germe embryonnaire des exoccipitaux. La forme des condyles à angle se rencontre dans les crânes de fous avec un pourcentage de 3,2. Mais cette dernière conclusion ne peut, comme le remarquent les auteurs eux-mêmes, avoir une valeur absolue, puisque la fréquence de cette anomalie n'a pas été recherchée sur les crânes d'individus sains.

PIERRE MARIE.

I riflessi superficiali e profondi..... (Les réflexes superficiels et profonds comme aide au diagnostic dans les maladies mentales), par Ces. AGOSTINI (*Rivista sper. di fren. e med. leg.*, *XX*, *p. 481*).

L'auteur a examiné au point de vue de la sensibilité et des divers réflexes un grand nombre de malades présentant des affections mentales variées ; voici quelques-uns des résultats obtenus par lui : Dans le plus grand nombre des cas de *folie épileptique*, la sensibilité à la douleur est faible, ainsi que les réflexes cutanés et muqueux ; les réflexes idio-musculaire, tendineux et plantaire sont vifs. Dans la *folie paralytique*, à la période initiale, la sensibilité à la douleur se montre un peu affaiblie ; il y a défaut ou diminution des réflexes cutanés sauf le plantaire qui se trouve plus vif, et accentuation des réflexes tendineux et idiomusculaires. Dans la seconde période le réflexe plantaire s'exagère, ainsi que les réflexes tendineux et idiomusculaires. Dans la troisième période la sensibilité à la douleur devient très faible, les réflexes cutanés et muqueux sont nuls, les réflexes tendineux sont faibles ou absents, les réflexes idiomusculaires vifs. Dans la *folie alcoolique*, la sensibilité à la douleur est généralement plus marquée, le réflexe plantaire exagéré ainsi que les réflexes idiomusculaires et tendineux, les autres réflexes, cutanés et muqueux, sont faibles. Dans la *folie pellagreuse*, la sensibilité à la douleur est faible, les réflexes cutanés et muqueux sont atténués, les réflexes tendineux et idiomusculaires sont exagérés, le réflexe plantaire souvent très

vif. Dans la *neurasthénie* tous les réflexes et la sensibilité à la douleur sont plus vifs que normalement, etc. PIERRE MARIE.

L'altération de la respiration chez les psychopathes, par C. ROSSI (*Rivista di freniat., XIX, 2 et 3*).

Dans les maladies mentales, il y a très souvent des altérations des mouvements respiratoires, comme l'ont dit Marcé, Leuret et Mitivié, Jacobi, Zenker, Mickle, etc. Ces altérations ne correspondent pas aux formes nosologiques diverses, mais seulement aux symptômes fondamentaux, exaltation et dépression (Pachon), et se traduisent par hyperactivité ou hypoactivité. Dans les formes dépressives avec altération de la sensibilité (et surtout dans la lypémanie anxieuse), le tracé respiratoire a des caractères spéciaux (angoisse précordiale). Dans l'émotivité (des états dépressifs), il y a un tremblement émotif des muscles respiratoires. Chez les paralytiques, il y aurait également un tremblement caractéristique. DASTRE.

L'ergographie des aliénés, par L. RONCONI et G. DIETTRICH (*Arch. ital. de biol., XXIII. p. 172, et Arch. di psichiat., XV, 6*).

Chez les aliénés, par opposition aux sujets normaux, la courbe de la fatigue (du medius étudiée à l'ergographe) se distingue par la variabilité plus grande et le maximum de la force musculaire, le matin ; l'excitation électrique ne produit pas d'épuisement musculaire. Sur 5 épileptiques on a constaté trois fois la gaucherie, surtout le soir. Après les accès, les épileptiques perdent pour quelque temps la coordination des mouvements que nécessite l'ergographie. Les choses se rétablissent un peu plus tard et on constate alors une diminution de la force musculaire. L'ergographe est supérieur au dynanomètre. DASTRE.

Demonstration eines Hämatoms der Dura mater mit verknöchester Kapsel, par FALKENBERG (*Berlin. klin. Woch., n° 6, p. 135, 11 février 1895*).

Autopsie d'un homme de 78 ans atteint de démence sénile, mais n'ayant présenté ni paralysies, ni autres symptômes de lésions cérébrales en foyers. La presque totalité de l'hémisphère droit était recouverte par un kyste à parois osseuses de l'épaisseur du papier à lettres, intimement adhérent à la face interne de la dure-mère ; ce kyste contenait un liquide clair, jaune brun et des fausses membranes épaisses, rouge brun, ressemblant à des caillots et formées en réalité par des filaments fibrineux, des globules blancs, des blocs de pigment jaune brillant, des cristaux de cholestérine, des globules graisseux et des détritus. Ce kyste avait, comme dimension maxima : 15 centimètres de long, 8 de large et 2 de haut. Sur la face cérébrale du kyste et sur toute la face interne de la dure-mère se voyaient des dépôts de fibrine avec vaisseaux de nouvelle formation et plusieurs hémorragies d'âges et d'étendues divers (pachyméningite hémorragique interne). Le malade offrait une prédisposition aux ossifications, car les poumons renfermaient de nombreuses calcifications et au sommet droit il y avait une lamelle osseuse assez large. J. B.

De la folie par commotion cérébrale et de ses rapports avec la législation militaire, par A. RIGAL (*Ann. d'hygiène publ., 3e série, XXXI, p. 204 et 340, mars et avril 1894*).

Relation de 3 cas de folie survenus chez des militaires à la suite d'une chute de cheval n'ayant déterminé aucune blessure extérieure. Ces malades n'offraient dans leurs antécédents, ni hérédité, ni syphilis, ni alcoolisme, ni autres intoxications ou processus infectieux. Tantôt les troubles psychiques ont immédiatement suivi le traumatisme, tantôt ils ont été précédés d'une incubation plus ou moins longue ; la nature de ces troubles a varié suivant les individus.

Rigal appelle l'attention sur l'augmentation considérable des cas d'aliénation dans l'armée ; ils ont triplé entre 1877 et 1890 et suivent surtout une marche rapidement ascendante depuis 1885. J. B

Ecchymosis in Insanity, par DAWSON (*Dublin Journ. of med. sc., août 1895*).

Femme de 50 ans, de bonne constitution, atteinte de crises de lypémanie, que D. eut l'occasion d'observer depuis 1890 au Royal Edinburgh Asylum, chaque crise s'accompagnant d'ecchymoses symétriques sur les bras, la poitrine, les poignets, etc., avec érythème général très léger concomitant. Au cours des crises, la température fut toujours trouvée normale ; l'urine ne renfermait ni sucre, ni albumine ; l'action du cœur était plutôt faible ; le sang ne fut examiné qu'une seule fois : le nombre des microcytes y semblait augmenté. CART.

Assistance, traitement et éducation des enfants idiots et dégénérés, par BOURNEVILLE (*In-8°, Paris, 1895*).

Ce volume n'est autre que le rapport fait par Bourneville au Congrès national d'Assistance publique de Lyon en 1894. On trouvera dans ce rapport tous les renseignements sur les établissements publics ou privés destinés aux idiots et aux épileptiques, non seulement en France, mais à l'étranger, et de plus la méthode du traitement médico-pédagogique employée par Bourneville soit dans le service de Bicêtre, soit dans l'Institut médico-pédagogique privé de Vitry. Il est donc utile non seulement à tous ceux qui s'occupent de ces questions d'assistance, mais encore aux médecins appelés à donner des conseils aux familles sur le placement d'enfants idiots ou épileptiques. P. S.

Myxœdema and exophthalmic goitre in sisters (Myxœdème et goitre exophtalmique chez des sœurs avec remarques sur la symptomatologie de cette dernière maladie), par A.-R. OPPENHEIMER (*Journ. of nerv. and mental diseases, p. 215, 1895*).

Une des sœurs âgée de 19 ans est atteinte de maladie de Basedow avec exophtalmie et goitre. L'autre sœur âgée de 37 ans est affectée de myxœdème. L'auteur fait remarquer tout l'intérêt que présente l'apparition de ces deux maladies dans une même famille pour ce qui touche à la nature même de ces deux maladies dont l'expression symptomatique est absolument opposée. A ce propos il donne une description rapide mais assez complète de la maladie de Basedow et envisage les principales questions qui se rattachent à celle-ci. PIERRE MARIE.

I. — Cas de myxœdème guéri par la thyroïdine.....; autopsie : absence totale de corps thyroïde, par A. BURCKHARDT (*Revue méd. Suisse romande, XV, n° 6, p. 341, 1er juin 1895*).

II. — Fall von Myxœdem, par EWALD (*Berlin. klin. Woch., n° 30, p. 661, 29 juillet 1895*).

III. — Ueber den respiratorischen Gaswechsel unter den Einfluss der Thyreoidea sowie unter verschiedenen pathologischen Zuständen, par Adolf MAGNUS-LEVY (*Ibidem, p. 650*).

I. — Fillette de 3 ans, atteinte de myxœdème, 4 frères et sœurs sains; ni consanguinité ni goitre dans la famille. Dès la naissance, on a remarqué l'épaisseur de la langue; première dent à 2 ans. Impossible de sentir le corps thyroïde. Traitement thyroïdien. Mort survenue par broncho-pneumonie. Sous l'influence de la médication, la langue avait diminué de volume, la salivation cessé, les extrémités avaient pris une forme plus normale.

Autopsie : Hypophyse cérébrale de la grosseur d'une fève, dure, rougeâtre et pesant 360 milligrammes; pas trace de rachitisme au thorax; thymus assez gros et pâle à la coupe. Absence complète du corps thyroïde et des artères correspondantes; foyers de broncho-pneumonie.

II. — Il s'agit de la malade (*R. S. M.*, XLVI, 495) chez laquelle le traitement thyroïdien déterminait de la glycosurie. La glycosurie est devenue permanente, mais l'état reste satisfaisant. Ewald, qui a analysé les urines de ses autres malades soumis au traitement thyroïdien y a trouvé parfois un peu d'albumine, mais jamais de sucre.

Dale James a vu la glycosurie chez un médecin atteint de psoriasis et Dennig l'a constatée sur lui-même : un mois après avoir cessé de prendre les tablettes, son urine réduisait encore les oxydes métalliques et n'a perdu cette propriété que par un régime anti-diabétique. L'urine de Dennig ne déviait pas la lumière polarisée ; il semble qu'il s'agisse de galactose.

Les urines de la malade d'Ewald ne contiennent que de la dextrose.

III. — Magnus a étudié l'intensité des échanges gazeux respiratoires sous l'influence du traitement thyroïdien. Chez une infirmière de 23 ans, un peu obèse, soumise à la médication thyroïdienne, il a constaté une exagération des combustions intraorganiques. Il en a été de même dans trois cas de maladie de Basedow, dans un cas de pseudoleucémie (avec oscillations correspondant à l'état de la malade) et dans un cas d'anémie grave consécutive à un avortement. Les échanges gazeux, en revanche, étaient normaux d'intensité chez deux malades guéris de leur goitre exophtalmique, l'une spontanément l'autre par la thyroïdectomie, chez 5 obèses, chez un homme plongé dans le marasme et chez une vieille de 78 ans. J. B.

Die Gliose bei Epilepsie, par BLEULER (*Münch. med. Woch., n° 33, p. 769, 1895*).

Sur 26 cerveaux d'épileptiques examinés par Bleuler (15 hommes et 11 femmes), il existait constamment une hypertrophie nette des fibres de la névroglie entre la pie-mère et les gaines vasculaires tangentielles, les plus extérieures. Cette lésion faisait défaut, ou du moins ne présentait pas la même uniformité dans les cerveaux de 5 idiots, 3 paralytiques, 3 paranoïques et 3 déments séniles. C. LUZET.

Sui fenomeni circumcursivi e rotatori dell' epilessia, par G. MINGAZZINI (*Rivista speriment. di fren. et med. leg.*, *XX*, *p. 361*).

La rotation au moment de l'accès épileptique est parfois précédée de phénomènes précurseurs spéciaux. La direction suivant laquelle tourne le malade n'est pas toujours dans le même sens et avec une modalité uniforme. Les accès épileptiques constitués par des rotations ne se conservent ordinairement pas très longtemps avec ce caractère ; ils sont souvent remplacés par des formes équivalentes. On ne peut rien affirmer de précis quant à la terminaison plus ou moins fréquente de cette forme d'épilepsie en démence.

Telles sont les principales conclusions de l'auteur qui cherche, à la fin de son article, en s'appuyant sur les récents travaux consacrés à la physiologie du cervelet, notamment par Luciani, à donner une explication de ces phénomènes rotatoires. PIERRE MARIE.

I. — Essai sur la pathogénie et le traitement de l'épilepsie, par CLAUS et VAN DER STRICHT (*Mémoires couronnés par l'Académie royale de Belgique*, *XIV*, *Bruxelles*, *1895*).

II. — Même sujet, par SÈRIEUX et MARINESCO (*Ibid.*)

I. — Pour les auteurs, l'hérédité crée surtout des probabilités, des prédispositions et, exceptionnellement, des certitudes (hérédo-infection). A côté d'elle, renforçant la dégénérescence congénitale, se placent d'autres causes qui créent cet état de susceptibilité particulière des centres nerveux, cette spasmophilie, où l'infection et l'intoxication trouvent un terrain admirablement préparé pour faire éclore l'épilepsie.

Les auteurs ont étudié d'une façon toute particulière et personnelle l'anatomie pathologique de cette affection, et de leurs recherches ils concluent que l'épilepsie est caractérisée par des altérations des diverses parties constituantes du cerveau, prédominantes, en général, dans les zones psycho-motrices.

Les cellules nerveuses subissent la dégénérescence graisseuse, elles sont atrophiées ou envahies par les globules blancs. La névroglie subit une infiltration de globules blancs, et les noyaux présentent des modifications spéciales. Autour des vaisseaux, elle peut subir une hypertrophie considérable avec atrophie des fibres nerveuses. Les capillaires et les vaisseaux sont le siège de modifications profondes.

Toutes ces lésions présentent beaucoup d'analogie avec celles qu'on rencontre dans les autres organes des épileptiques. L'identité des lésions fait supposer l'identité des causes. A cet égard, les auteurs font une étude entièrement nouvelle des différents organes des épileptiques. Plusieurs tableaux montrent aussi que la densité du sang diminue notablement avant le début de l'attaque d'épilepsie et augmente immédiatement après le début. Quant au traitement, c'est aux bromures alcalins qu'ils recourent de préférence.

II. — Ce second mémoire, où sont rapportées un assez grand nombre d'observations cliniques, est plutôt une revue générale de la question qu'un travail de recherches originales. P. S.

De l'intoxication dans l'épilepsie, par Jules VOISIN et R. PETIT (*Arch. de neurol., nos 48, 99, 100, 101, 102, 1895*).

L'épilepsie générale est une maladie héréditaire et ses manifestations sont sous la dépendance d'une disposition particulière du système nerveux. Suivant des causes déterminantes, elle peut être divisée en épilepsie réflexe et épilepsie par intoxication. L'épilepsie réflexe ne s'accompagne pas de troubles gastro-intestinaux : elle est moins grave ; l'épilepsie par intoxication est toujours précédée et accompagnée de troubles gastro-intestinaux et est plus grave. Cette dernière peut relever d'une auto ou d'une hétéro-infection. L'épilepsie réflexe peut se transformer en épilepsie infectieuse et prendre ses symptômes, sa marche et sa terminaison. Dans l'épilepsie par intoxication, lorsqu'un état de mal s'accompagne d'hémiplégie corticale, on voit souvent ensuite, avec la démence épileptique ordinaire, une sorte de tabes spasmodique ou diplégie cérébrale.

Le traitement doit viser deux points : la prédisposition et les accidents de l'épilepsie. Les bromures, joints à une hygiène et une alimentation convenables, agissent sur la prédisposition. Les médications visant les accidents épileptiques ne doivent pas être continuées pendant les périodes d'accès. Dans l'épilepsie générale vraie, par intoxication, on devra enrayer l'empoisonnement et favoriser l'élimination des produits toxiques par les purgatifs, l'antisepsie intestinale, les lavages de l'estomac, les diurétiques, les injections de sérum, l'hydrothérapie. P. S.

De l'épilepsie tardive chez l'homme, par MAUPATÉ (*Ann. méd. psych., p. 33, 1895*).

L'épilepsie débute après 30 ans dans 15 à 20 0/0 des cas. Les manifestations sont sensiblement celles de l'épilepsie vulgaire. Elle s'accompagne souvent de tares physiques et psychiques indiquant le fond dégénératif sur lequel elle se développe toujours. Une fois déclarée, elle peut rétrograder rapidement ou rester stationnaire et aboutir alors rapidement à la démence, laquelle est due surtout aux agents provocateurs de l'épilepsie et non à l'épilepsie elle-même. Son traitement est celui de l'épilepsie en général, combiné avec la suppression ou la guérision de ses causes. P. S.

Du borax dans le traitement de l'épilepsie, par Ch. FÉRÉ (*Revue de méd., 10 septembre 1895*).

Sur 122 malades qui ont été soumis par Féré au traitement boriqué, 87 n'en ont tiré aucun heureux effet, même momentanément.

Une deuxième catégorie de faits comprend des améliorations soit passagères et suivies d'une exacerbation des manifestations épileptiques, soit réelles, mais moindres que celles produites sur le même individu par un traitement bromuré.

Les observations dans lesquelles l'avantage du borax sur le bromure est manifeste, sont très peu nombreuses; 11 cas seulement et encore peut-on faire des réserves au moins sur 2 dont l'observation a été de courte durée.

Le borax est d'ailleurs susceptible de produire des phénomènes d'intoxication signalés déjà par Gowers et auxquels Féré donne le nom de borisme : troubles digestifs, sécheresse de la peau et des muqueuses, éruptions cutanées et particulièrement éruptions eczémateuses, finalement une véritable cachexie attribuable à l'inappétence prolongée, bien plus qu'à l'intoxication médicamenteuse et pouvant se compliquer d'anasarque, d'albuminurie et d'urémie.

En somme, c'est un médicament non seulement infidèle, mais dangereux, dont il faut constamment surveiller l'usage, principalement en raison des accidents rénaux qui peuvent se produire, même à des doses peu élevées. C. GIRAUDEAU.

Jacksonian epilepsy with aphasia, intellectual impairment and partial hemiplegia treated by trephining, par ANDERSON (*The Lancet, p. 206, 27 juillet 1895*).

Un garçon de 13 ans entre à l'hôpital en septembre 1894. Sa mère a eu quatre autres enfants, ses aînés, tous morts-nés.

Ce garçon a présenté des signes de syphilis congénitale, mais s'est bien développé jusqu'à 10 ans. A cet âge, soudainement, son évolution physique et mentale s'est arrêtée, et il est devenu morose et silencieux. A 11 ans il eut une crise de tremblement et de contractions de la bouche, suivie de perte partielle de la parole et de difficultés de la marche.

Il guérit imparfaitement de cette crise, puis au bout de 6 mois, eut une crise épileptique : quelques semaines plus tard l'enfant était aphasique, l'intelligence avait baissé, la marche était difficile.

A son entrée à l'hôpital, ce garçon paraît âgé de 9 ou 10 ans : la tête est bien conformée, mais les éminences frontales sont proéminentes et l'expression du visage est stupide : son langage est limité aux mots « oui » et « non », mais il comprend lorsqu'on lui parle : il répète les mots qu'on lui dit. Dans les jambes contractions involontaires des extenseurs.

L'état resta stationnaire jusqu'au mois d'octobre. Le 12 octobre il eut 3 attaques épileptiques ; le 13 octobre, 14 attaques, et le 14, plus de 20 ; chaque jour ensuite, de 15 à 20 attaques, occupant particulièrement le côté droit, et suivies d'une paralysie transitoire de ce côté.

Le 27 octobre trépanation au niveau de la circonvolution de Broca du côté gauche, de la frontale ascendante et de la deuxième frontale : la dure-mère incisée, le cerveau vient bomber par l'ouverture : ses pulsations sont normales ; l'exploration du cerveau à l'aide d'une aiguille ne révèle rien d'anormal. La dure-mère n'est pas suturée, le cuir chevelu est seul suturé.

Le 31 octobre : le bras droit semble plus vigoureux ; point d'attaque depuis l'opération.

Le 6 janvier 1895, l'opéré quitte l'hôpital : il n'y a pas eu de nouvelle attaque ; il a fait des progrès marqués dans sa marche, sa parole, et son intelligence bien que faible est assurément plus vive ; les signes paralytiques ont tout à fait disparu.

Anderson se demande s'il ne serait pas autorisé à trépaner dans la région frontale dans l'espoir d'obtenir du côté des phénomènes intellectuels les résultats qu'a donnés du côté des phénomènes moteurs la trépanation de la zone rolandique. MAUBRAC.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De l'anesthésie par l'éther, par CHAPUT, ANGELESGO et LENOBLE (*Bulletin Soc. chir., XXI p., 369, 404, 415, 432 et 447*).

L'éther a sur le chloroforme de multiples avantages. Son administration peut être confiée à un aide peu expérimenté, et elle gagne à être faite avec le masque de Wanscher. L'opérateur entend la respiration, devenue très sonore, il n'y a plus à se préoccuper de la cyanose toujours plus ou moins prononcée, et le pouls n'exige plus une surveillance de tous les instants. Le cœur, en effet, est tonifié par l'éther, ce qui se traduit par des battements amples et pleins de la radiale. L'anesthésie est vite obtenue — 4 à 6 minutes — le réveil de même. Il n'y a pas cette dépression bien connue après le chloroforme, ni les dangers de la syncope secondaire. L'observation démontre que l'albuminurie post-anesthésique est plus rare qu'après l'emploi du chloroforme ; mais, le point le plus important, c'est la suppression à peu près complète des vomissements, ce qui n'est pas de minime importance, en particulier dans les opérations portant sur l'intestin. Restent les contre-indications. L'éther doit être abandonné dans les opérations portant sur la face ; à cause de la difficulté de son administration continue ; dans les cas de chirurgie cérébrale, en raison de la congestion veineuse observée alors. Mais sa contre-indication principale est l'existence d'une affection sérieuse, aiguë ou chronique, des voies respiratoires ; les mucosités que provoque son administration, l'irritation de l'arbre trachéo-pulmonaire doivent alors le faire rejeter. En résumé, la statistique portant 1 mort sur 2,000 par le chloroforme, 1 mort sur 13,000 par l'éther, la question se trouve à peu près jugée par ces chiffres.

Ollier rappelle que plus de 40,000 éthérisations opérées dans son service n'ont donné aucun cas de mort. La syncope mortelle du début de l'anesthésie avec le chloroforme n'existe pas avec l'éther. S'il y a assez souvent des vomissements, on n'observe, en revanche, aucune espèce de trouble broncho-pulmonaire après les opérations les plus longues, même aux deux extrêmes de la vie. Cela est peut-être dû au mode particulier d'administration, lequel exclut les doses massives, et admet qu'un quart d'heure n'est pas de trop pour obtenir la résolution complète.

Après Michaux, qui rapporte plus de 1,000 éthérisations sans accident, Reclus, Le Dentu, Segond se rangeraient volontiers à l'emploi de l'éther, s'il était bien avéré que les statistiques fussent parfaitement établies. Les vomissements en effet sont moindres, et la prostration consécutive très atténuée.

Monod, Poncet rejettent l'éther pour les vieillards et les enfants. La

sécrétion bronchique est trop considérable, et, dans un âge avancé, on a tout à craindre des bronchites consécutives.

La cause du chloroforme est plaidée par Reynier et Championnière, qui ne le croient pas plus dangereux que l'éther, à la condition que son administration soit irréprochable. L'éther a donné des cas de mort, on paraît trop l'oublier, les doses qu'on manie sont capables de produire des syncopes graves par véritable intoxication. Enfin, l'anesthésie s'obtient trop lentement, et les alertes se voient avec les deux anesthésiques.

Dans la chirurgie d'armée, où le sommeil doit être rapide et la quantité d'anesthésique aussi restreinte que possible, Delorme et Ollier se rangent du côté du chloroforme, qui présente ces deux avantages.

ARROU.

L'arrêt du cœur au commencement de la chloroformisation, par L. SABBATANI (*Archives ital. de biol., XXIII, p. 266, 1895, et Annali di chim. e. di farmacol., p. 209, 1894*).

La syncope cardiaque ne fait pas défaut lorsque le chloroforme est inhalé par la trachée directement après trachéotomie. Au commencement de la chloroformisation, l'arrêt du cœur est dû à une excitation partie de la muqueuse des premières voies respiratoires et aboutissant au noyau du vague, et dû aussi à une excitation directe de ce noyau pendant la période de surexcitation chloroformique du début Celle-ci est lente, l'autre étant brusque. Les injections d'atropine l'évitent. DASTRE.

De l'utilité des injections d'oxyspartéine avant l'anesthésie chloroformique, par P. LANGLOIS et G. MAURANGE (*C. R. Acad. des Sciences, 29 juillet 1895*).

En injectant, une heure avant l'opération, de 4 à 5 centigrammes de spartéine, ou 3 à 4 centigrammes d'oxyspartéine et 1 centigramme de morphine, on obtient toujours une narcose rapide, facile à maintenir avec peu de chloroforme, et un cœur régulier, énergique même quand la respiration devient superficielle. C'est que, avec la spartéine, et surtout avec l'oxyspartéine, on diminue l'excitabilité des pneumosgatriques, par suite les dangers de la syncope réflexe ; on renforce et régularise l'action du cœur (maintien de la tension vasculaire à un chiffre élevé), on favorise l'élimination par la voie rénale des toxines et des toxiques. M. DUVAL.

I. — L'éther considéré comme agent d'anesthésie générale, par MERCIER (*Thèse de Paris, 1895*).

II. — L'anesthésie par l'éther : le masque Julliard, par BORREL-DEROIDE (*Ibid.*).

I. — L'auteur reproduit les conclusions de Chaput à la Société de chirurgie. Le masque de Wanscher est préférable à celui de Julliard pour différentes raisons. Il est moins volumineux, permet l'inspection de la face et des yeux. Son pavillon étant petit, on peut graduer l'arrivée de l'air, au lieu de le laisser pénétrer par larges bouffées, comme cela est fatal avec le masque de Julliard.

II. — Les contre-indications sont moins étendues que ne l'a dit Cha-

put. Les affections aiguës de l'appareil respiratoire le font redouter, mais non plus que le chloroforme; si elles sont chroniques, l'éther peut être employé sans grands dangers. Seules, les opérations sur la face nécessitent l'emploi du chloroforme, les masques à éthérisation couvrant tout ou partie de la région sur laquelle porte l'intervention. Le masque de Julliard oblige, sans doute, à renouveler la provision d'éther, mais il a précisément l'avantage de permettre l'accès de l'air de temps en temps, d'où moindre menace d'asphyxie par l'acide carbonique. ARROU.

De la trachéotomie suivie d'insufflation directe dans les cas graves d'asphyxie, au cours de l'anesthésie, par P. THIÉRY (*Gazette des hôp., octobre 1895*).

Th. publie une nouvelle observation de trachéotomie faite pour remédier aux accidents d'asphyxie chloroformique. La malade devait subir cette opération pour des troubles graves dus à de la laryngite œdémateuse. Dès le début de l'anesthésie, cyanose, asphyxie rapide; trachéotomie; la respiration est nulle, la malade a l'aspect cadavérique. Insufflation directe, qui amène l'évacuation de caillots et peu à peu le retour à la vie. (Voy. *R. S. M.*, XLV, 628.) A. CARTAZ.

Note sur l'emploi du vinaigre contre les vomissements consécutifs à la chloroformisation, par LEWIN (*Revue de chir., n° 9, p. 786, 1895*).

Le procédé recommandé par Lewin consiste à appliquer sur la face un linge imbibé de vinaigre; cette application doit être longtemps prolongée, trois heures au moins, pendant toute la journée au besoin.

Sur 174 observations dans lesquelles ce procédé a été employé, dans 125 cas il y a eu succès complet; dans 49 cas, on a noté des vomissements, en général peu abondants et plutôt glaireux. C. WALTHER.

Fall von experimentell zu erzeugender Aphasie beim Menschen, par DÖRRENBERG (*Berlin. klin. Woch., XXXI, n° 18, p. 433*).

Jeune homme de 18 ans, tombé sur une racine d'arbre; relevé sans aide étrangère, d'abord il ne peut pas parler du tout, puis balbutie d'une façon inintelligible; ni perte de connaissance, ni hémorragie notable. Dörrenberg le voit le lendemain matin; parole encore peu compréhensible. Motilité et sensibilité normales. Plaie contuse, formant trou, au côté gauche du crâne, située à 9 centimètres de la circonférence horizontale passant par le bord supérieur des conduits auditifs et des rebords susorbitaires et à 7 centimètres de la suture sagittale, sur le trajet d'une perpendiculaire élevée à 1 centimètre 1/2 en avant du canal auditif gauche. Un fragment presque sphérique de la voûte cranienne, ayant les dimensions d'une pièce de 1 mark, est complètement détaché et enfoncé avec la dure-mère intacte, qui lui est restée adhérente, à 1 centimètre de profondeur dans la cavité crânienne. Dès qu'on relevait ce fragment, la parole redevenait presque normale. Lorsqu'on l'enfonçait davantage, l'aphasie devenait presque absolue. Quand, pendant qu'on soulevait le fragment osseux, le blessé commençait une phrase, il s'arrêtait brusquement au milieu d'une syllabe, si on renfonçait un peu le fragment. Alors même que l'aphasie motrice était complète, le malade répondait parfaitement par écrit aux questions.

L'ablation du fragment ne tarda pas à rétablir entièrement l'intégrité du langage. J. B.

Eine operativ behandelte Hirncyste, par GRASER (*Berlin. klin. Woch., n° 18, p. 402, 6 mai 1895*).

Il s'agit d'un kyste cérébral occupant la région du centre moteur du bras droit. A la suite de l'incision, la paralysie du membre supérieur rétrocéda presque entièrement, mais reparut au bout de 8 jours, sans que le kyste se fût rempli de nouveau. Il se fit ensuite une hernie du cerveau et la mort survint au bout de 4 semaines. A l'autopsie, on trouva dans le lobe frontal droit un autre kyste semblable, un peu plus volumineux. Au fond de ce kyste, ainsi que dans la hernie cérébrale, il y avait des vestiges de deux tumeurs sarcomateuses. J. B.

Hémorragie localisée au-dessous de la pie-mère vers le tiers supérieur de la zone Rolandique, par J. PUTNAM (*The Amer. Journ. of the med. sc., p. 404, avril 1895*).

Malade âgée de 72 ans. Chute d'une pierre sur la tête. La malade ne perd pas connaissance et essaie de marcher. Elle ne présente pas trace de fracture, on ne voit qu'une simple contusion du cuir chevelu. Après 24 heures, elle semblait aller bien. Les convulsions apparurent alors d'abord dans le bras gauche, puis à un moindre degré, dans la jambe gauche et dans le côté gauche de la face sans perte de connaissance. Les convulsions revinrent à courts intervalles pendant deux jours, puis les membres se paralysèrent progressivement. Le pouls et la température s'augmentèrent. Bientôt survinrent des troubles mentaux et la malade tomba dans le coma. La mort survint quelques jours après ; dix jours après l'accident. L'autopsie montra un épanchement de sang au-dessous du cuir chevelu au niveau du vertex et à la partie supérieure de l'occipital. Pas de fracture. Hémorragie sous-durale couvrant l'hémisphère droit depuis la moitié postérieure jusqu'au niveau du lobe occipital. En outre, un caillot épais s'enfonçait dans la scissure de Rolando, à sa partie supérieure, au-dessous de la pie-mère. Les circonvolutions centrales étaient comprimées par ce caillot surtout dans leur partie antérieure. Les artères de la base étaient athéromateuses. F. VERCHÈRE.

Hémorragie méningée, par WALTON (*The Amer. Journ. of the med. sc., p. 401, avril 1895*).

Homme, 19 ans. Choc violent sur la partie gauche de la tête. Perte de connaissance au bout de quelques minutes. Pendant 4 heures, rigidité de toutes les extrémités. Pupilles d'abord dilatées, puis contractées, la gauche plus large. Convulsion clonique de la main droite. Respiration stertoreuse. Pas de sang par le nez ou les oreilles ou sous la conjonctive. Les yeux sont déviés à droite, la tête tournée à gauche. Au quatrième jour les membres sont relâchés et paralysés. La température s'élève au sixième jour. Mort.

A l'autopsie. La surface du cerveau est couverte de sang épanché sous la dure-mère ; abondant surtout au niveau du côté gauche et sous les lobes occipitaux. L'étage moyen contenait une notable quantité de sang et le caillot qui se trouvait à la base se continuait dans le canal vertébral. Une petite rupture du sinus latéral gauche. En aucun point il n'existait de fracture.

F. VERCHÈRE.

Trépanation dans les cas d'hémorragie de la méningée moyenne; analyse de 48 cas, par Ch. SCUDDER et Fred. LUND (*The Amer. Journ. of the med. sc., p. 379, avril 1895*).

Dans les 48 cas rapportés existaient toujours des symptômes nerveux, sauf dans 5. Les divers signes notés sont l'aphasie, la paralysie d'un bras, la paralysie d'une jambe, la paraplégie, le spasme de la face et de la jambe, les convulsions oculaires, contracture du sterno-mastoïdien, diverses régions anesthésiées, des convulsions généralisées, etc. Ces symptômes étaient plus ou moins marqués. L'étude de la pupille dans ces cas n'a rien donné. Si les pupilles réagissent bien à la lumière, la compression du cerveau cessera par la trépanation et la guérison sera probable. Le signe d'Hutchinson est très important. Pupille dilatée du côté de la blessure, l'autre étant naturelle ou contractée. Ce signe indique la compression de la troisième paire cranienne et localise la compression à l'étage moyen.

Le pouls semble plus petit, mais variable à quelques minutes d'intervalle. Lorsque l'hémorragie est rapide et la compression forte, le coma est profond. Le degré et la rapidité du coma sont importants pour distinguer cette hémorragie de celle qui serait due à la rupture brusque d'un sinus.

L'auteur conseille, pour examiner l'état du crâne, de raser le cuir chevelu dans toute son étendue afin de vérifier l'existence de toute ecchymose ou de toute contusion pouvant révéler l'existence d'une fracture. Une hémorragie intracranienne peut, par son abondance, au cas de fracture, venir faire saillie sur le cuir chevelu.

La lésion de la substance cérébrale peut être soupçonnée par les signes suivants : intensité du traumatisme, perte subite de connaissance et surtout présence de convulsions dans certains groupes de muscles.

Le traitement consistera à trépaner et à enlever une étendue assez grande de la paroi osseuse pour pouvoir enlever le caillot sanguin et arrêter l'hémorragie.

L'indication d'une intervention hâtive est donnée par la marche progressive de la paralysie, l'embarras de la parole, la persistance des convulsions, l'augmentation du coma, la pupille d'Hutchinson étant un signe important de l'accroissement de la compression cérébrale.

Depuis 1886, sur 26 cas opérés pour hémorragie extra durale, il y eut 18 guérisons et 8 morts. Sur 19 cas pour hémorragie sous-durale, 15 guérisons et 4 morts.

Le pourcentage de guérison est fort encourageant et l'auteur recommande l'intervention dans les cas les plus graves et même désespérés de traumatismes craniens. F. VERCHÈRE.

Névralgie du trijumeau datant de 8 ans : résection des trois branches du ganglion de Gasser, par ESKRIDGE et ROGERS (*The Amer. Journ. of the med. sc., p. 63, juillet 1895*).

Homme de 45 ans, souffrant, depuis 1885, d'une névralgie épouvantable du trijumeau droit. Le malade se fit arracher toutes les dents sans résultat.

En novembre 1892, Edmond Rogers fait une résection du nerf dentaire dans le canal maxillaire ; bientôt la douleur reparaît.

En mai 1893, sous le chloroforme, très mal supporté, il donne une alerte très sérieuse qui force à remettre l'intervention pour le surlendemain. On endort avec l'éther cette fois. C'est au procédé de Rose que l'on a recours. Le trou ovale fut trouvé assez facilement ainsi que les nerfs qui en sortent : en passant un fil au-dessous et en dedans du ganglion, il fut possible de le sortir de sa loge. La réunion fut faite entièrement. Le patient, revu en 1894, n'a pas eu de récidive et depuis le jour de l'opération les douleurs ont disparu. F. VERCHÈRE.

A propos d'un cas de résection du ganglion de Meckel et du nerf maxillaire supérieur, par F. LATOUCHE (*Arch. prov. de chir., p. 445, juillet 1895*).

L'auteur raporte une observation de névralgie datant de 6 ans du nerf maxillaire supérieur droit avec irradiation douloureuse vers le sus orbitaire. Il fit la résection du nerf maxillaire supérieur et du ganglion de Meckel dans la fente ptérygo maxillaire par la voie temporale. Dès l'intervention les douleurs ont cessé et depuis 3 mois la malade est guérie. Il reste un peu de parésie de la paupière inférieure. F. VERCHÈRE.

L'extirpation du ganglion de Gasser, par E. DOYEN (*Arch. prov. de chir., p. 429, juillet 1895*).

L'auteur n'envisage dans son mémoire que les cas de section du tronc même du trijumeau avec extirpation totale du ganglion de Gasser et de ses branches afférentes.

Il emploie la voie temporo sphénoïdale, considérant le trou ovale comme le point de repère le plus sûr pour découvrir le ganglion. Il fait une incision en G puis résèque l'apophyse zygomatique, l'apophyse coronoïde, ouvre la fosse temporale et résèque le temporal et la partie horizontale du sphénoïde jusqu'au trou ovale. Recherche à ce moment du nerf maxillaire inférieur à sa sortie du trou ovale. La ligature de l'artère maxillaire interne est faite avant d'ouvrir le crâne. Dans ses opérations l'auteur a enlevé complètement, après l'avoir libéré de ses adhérences, le ganglion et ses branches afférentes.

Quatre fois il a pratiqué ce:te opération. Les deux dernières malades sont mortes; l'une subitement, dix jours après l'opération, d'apoplexie cérébrale, l'autre, au bout de 4 jours, sans qu'on ait pu trouver d'autre cause que la faiblesse extrême du sujet. Les deux premières ont très bien guéri. Chez la première, l'opération date de deux ans et trois mois; elle est en parfaite santé. L'œil ne présente aucun trouble trophique. La mobilité de l'iris est intacte, il n'y a pas de paralysie des muscles de l'œil. Insensibilité de la peau des deux lèvres, de la joue, de la tempe. Diminution de la sensibilité tactile de la langue et du goût. Insensibilité complète de la muqueuse buccale, des lèvres, des gencives, de la joue, du palais. Les douleurs névralgiques n'ont plus reparu. F. VERCHÈRE.

Tumeurs de la moelle épinière; diagnostic et traitement, par Allen STARR (*The Amer. Journ. of the med. sc., p. 613, juin 1895*).

1° Femme de 46 ans qui succomba à un cancer secondaire de la région cervicale du rachis, suite de cancer du pancréas. L'autopsie permit de vérifier la lésion;

2° Gomme de la moelle cervicale inférieure guérie par le traitement;

3° Sarcome de la région dorsale de la moelle, on fit l'ablation après résection de la 3e, 4e, 5e et 6e dorsales. Le choc fut considérable. La paralysie ne fut nullement modifiée, et le malade mourut le septième jour. A l'autopsie, on constata que la tumeur médullaire avait été enlevée complètement et la mort semblait due à la généralisation viscérale ;

4° Tumeur occupant toute la région lombaire et sacrée, chez une jeune femme ; la durée fut de deux ans ; autopsie ;

5° Lipome de la région lombaire. Ablation, carie de la région dorsale Mort;

6° Jeune fille de 17 ans, de famille tuberculeuse. Paraplégie, ablation des lames de la 9e, 10e et 11e vertèbre ; tumeur bien encapsulée sous la dure-mère, à la partie postéro latérale de la moelle s'étendant sur le côté droit. Elle fut assez facilement enlevée, énucléée. Le choc fut léger et 4 jours plus tard il y eut une véritable amélioration. La paraplégie tendait à disparaître. Mais, un mois après, la malade était atteinte de vomissements, de phénomènes de gastrite et la paralysie redevenait ce qu'elle était auparavant.

On suppose une récidive et on fait une seconde opération ; mais les tissus étaient infiltrés de toutes parts et l'intervention ne fut suivie d'aucun bon résultat. La jeune malade mourut deux mois plus tard. F. VERCHÈRE.

Ueber die Enstehung von organischen Herzfehtern durch Quatschung des Herzens (Affections organiques du cœur consécutives aux contusions de cet organe), par HEIDENHAIN (*Deutsche Zeitschrift f. Chir., XLI, p. 4-5, 286-329, 1895*).

Un matelot de 49 ans, vigoureux, jouissant d'une excellente santé, reçut, dans la région thoracique, un choc violent par la manivelle d'un treuil.

A ce sujet, Heidenhain fut chargé de faire un rapport pour savoir si un traumatisme violent dans la poitrine pouvait être la cause d'une affection organique grave du cœur.

Deux mois après son accident, le matelot fut obligé d'interrompre son travail, le moindre exercice déterminant de la dyspnée.

A l'auscultation stéthoscopique, Heidenhain constata de l'insuffisance aortique, et en outre une insuffisance et un rétrécissement très légers de la mitrale, avec forte hypertrophie du ventricule gauche.

L'hypothèse la plus vraisemblable est que l'affection cardiaque, dans ce cas, semble être la conséquence directe du traumatisme. Après de nombreuses recherches, l'auteur a conclu affirmativement. M. B.

Fall von Schussverletzung des Herzens und der Aorta, par RIBBERT (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte, n° 3, p. 84, 1er février 1895*).

Homme ayant survécu 9 jours à un coup de revolver qu'il s'était tiré dans la région précordiale. Autopsie. Le projectile avait perforé successivement la paroi antérieure du ventricule droit, la partie postérieure de la cloison interventriculaire, la paroi postérieure du ventricule gauche, l'aorte descendante, et était venu se loger dans les muscles à gauche du rachis. Les différents trajets dans l'épaisseur du myocarde étaient oblitérés par des caillots et à leur voisinage se voyaient des hémorragies intra-musculaires. Le péricarde contenait une certaine quantité de sang coagulé. Les deux orifices de l'aorte, placés en face l'un de l'autre, formaient de petites ouvertures arrondies d'où rayonnaient plusieurs déchirures longues de 1/2 à 1 centimètre. Au niveau de ces plaies, ainsi qu'au-dessous et au-dessus, l'aorte était entourée d'un caillot épais, ferme, qui expliquait pourquoi la mort n'avait pas été immédiate.

Sous le microscope, les trajets intra-cardiaques, sauf une partie étroite

fermée par du sang coagulé, étaient remplis par du tissu de granulations composé principalement de gros fibroblastes. Les fibres musculaires voisines présentaient diverses altérations régressives, et nulle part ni multiplication de noyaux ni bourgeonnements, comme on le constate sur les muscles du squelette blessés, en voie de régénération. J. B.

Traitement des anévrismes; statistiques nouvelles, par Pierre DELBET (*9e Congr. franç. de chir., octobre 1895*).

En 1888, l'auteur avait soutenu la supériorité de l'extirpation sur la ligature dans le traitement des anévrismes. Depuis cette époque, de nouveaux faits sont venus à l'appui de cette opinion, puisque, sur 76 cas d'incision ou d'extirpation, il n'a relevé qu'un cas de mort, tandis que la mortalité reste à 8,3 0/0 pour les ligatures.

Au point de vue de la fréquence des accidents gangréneux, Delbet a noté 12 cas de gangrène, dont 9 mortels, sur 109 ligatures et 7 cas de gangrène (dont 4 préexistaient à l'opération) sur 72 opérations. En faveur de l'intervention, il faut encore citer une guérison plus parfaite et moins de récidives. OZENNE.

Suture des plaies accidentelles ou opératoires des gros troncs veineux, par RICARD (*9e Congrès franç. chir., octobre 1895*).

La suture, appliquée sur les parois des veines, procure une hémostase parfaite, tout en conservant le calibre du vaisseau et en ne compromettant pas la circulation. Ricard en a eu la preuve dans les deux cas suivants :

Chez un sujet, sur lequel l'extirpation d'un cancer du corps thyroïde avait nécessité la résection de la veine jugulaire interne jusqu'à son embouchure dans le tronc brachio-céphalique, on a fait une suture de ce tronc d'après la méthode de Lambert, la réunion a été parfaite sans accident consécutif.

Dans le second cas, il s'agissait d'une dilatation ampullaire de la veine fémorale. L'incision du sac fut suturée par quatre points de suture. Suites excellentes. OZENNE.

Mémoires de chirurgie, tome VI : Blessures des vaisseaux sanguins. Hémorragies, hémostase, par A. VERNEUIL (*1 vol. in-8°, Paris, 1895*).

Dans ce volume consacré aux blessures des vaisseaux sanguins, aux hémorragies et à l'hémostase, Verneuil a réuni ses travaux et ceux de ses élèves relatifs aux hémorragies en général, et à celles de la tête en particulier. Ainsi nous trouvons dans ce volume des chapitres consacrés à la dénudation des artères, à la gangrène des parois artérielles, à la contusion et à l'écrasement des artères, aux hémorragies dans les abcès. Puis viennent les mémoires sur les hémorragies consécutives aux plaies de la langue, à l'extraction des dents, à l'ablation des amygdales, sur les épistaxis et leur rapport avec les maladies du foie, sur l'hémostase dans les opérations sur la face.

Verneuil ne s'est pas borné à reproduire simplement les mémoires originaux tels qu'ils avaient été publiés primitivement ; il y a joint de nombreuses observations nouvelles, des aperçus nouveaux, des notes indiquant les modifications que son expérience lui avait permis d'apporter dans sa pratique.

I. — Die chirurgische Behandlung der Basedow'schen Krankheit, par MIKULICZ (*Berlin. klin. Woch., n° 19, p. 420, 13 mai 1895*).

II. — Bericht über 1000 Kropfexcisionen, par KOCHER (*Ibidem*).

III. — Discussion du XXIV° Congrès de la Société allemande de chirurgie (*Ibidem, p. 421*).

I. — Mikulicz a traité chirurgicalement 11 cas de maladie de Basedow, dont 10 avec goitre et 1 avec lymphangiome dont l'ablation guérit le goitre exophthalmique ; 7 des goitres étaient des hyperplasies diffuses, 2 des kystes, 1 était une tumeur très vasculaire ; 5 des malades suffoquaient. 3 fois Mikulicz a pratiqué la ligature des artères (2 fois des deux côtés), 3 fois il a fait l'énucléation de Socin et 5 fois la résection, dont 3 fois des deux côtés. Les 11 malades ont survécu à l'opération ; 6 d'entre eux sont complètement guéris, après une période d'observation de 1 an à 9 ans 1/2, 4 améliorations.

Toutes les méthodes opératoires exercent une influence favorable sur le goitre exophtalmique. Aussi Mikulicz partage-t-il l'opinion de Kocher, de recourir à l'opération la plus simple, d'autant plus que les malades supportent mal les interventions chirurgicales : dans les premières 48 heures, Mikulicz a noté chez 2, qui ont d'ailleurs guéri, des phénomènes très inquiétants, petitesse du pouls, obnubilation cérébrale, agitation, dyspnée, œdème laryngo-trachéal. La résection ne doit donc être entreprise qu'en cas d'insuffisance des autres opérations.

Ce sont les symptômes nerveux qui disparaissent les premiers à la suite de l'opération ; la fréquence du pouls et les troubles vasomoteurs rétrocèdent plus lentement ; l'exophtalmie persiste plus longtemps, 2 ou 3 ans, ou même davantage.

II. — Kocher rappelle que, lorsqu'il y a 12 ans, en donnant la relation de ses 100 premières opérations de goitre, il décrivait la cachexie strumiprive, Reverdin se félicitait encore des brillants résultats de ses thyroïdectomies totales ; c'est donc à tort qu'en France, on attribue à ce dernier la priorité de découverte de la cachexie strumiprive. Kocher a fait maintenant plus d'un millier d'opérations de goitres, et sa statistique a d'autant plus de valeur qu'elle provient d'un seul et même hôpital. Parmi ses 900 derniers opérés, 1 seul a été pris de cachexie, parce que la moitié de thyroïde laissée était atrophiée. Il a observé plusieurs cas de tétanie, tous terminés favorablement, chez des malades ayant des goitres malins qui ne permettaient de laisser qu'une portion insignifiante de corps thyroïde. Un autre inconvénient de la thyroïdectomie, l'altération de la voix, que Kocher a notée 7 fois sur 100, peut être évitée par le soin apporté à l'opération ; d'ailleurs, dans les tumeurs bénignes, toujours les troubles vocaux n'ont été que temporaires.

Les 870 cas de tumeurs bénignes n'ont donné que 11 décès, soit une mortalité légèrement supérieure à 1 0/0 ; 3 des décès concernent des goîtres exophtalmiques. Aussi, en cas de maladie de Basedow, Kocher a-t-il renoncé à l'excision, se contentant de lier 3 des artères seulement ; dans un cas où il avait pratiqué la ligature des 4 artères, il y a eu tétanie immédiate. Des 900 derniers opérés, aucun n'a succombé par le fait du chloroforme qui avait occasionné une mort parmi les 100 premières opé-

rations. Kocher a eu un décès par bronchite due à l'éthérisation. En général, il commence l'anesthésie avec le chloroforme et la continue avec de petites doses d'éther. Quand la dyspnée est intense, il est préférable de recourir à la cocaïne. Kocher n'a eu que 2 morts dues à l'infection ; il s'agissait d'opérations pour récidives. Il a eu des séries de 150 et même de 272 opérations sans décès.

Mais si brillants que soient les résultats de ces opérations, il serait bien préférable qu'on pût guérir le goitre sans intervention chirurgicale. Aussi Koçher attache-t-il une réelle importance aux expériences de Lanz et von Trachewsky, qui ont montré qu'une alimentation thyroïdienne prolongée peut atrophier la glande thyroïde chez certains animaux. Le fait inverse signalé par Mikulicz, que le suc thyroïdien à hautes doses provoque chez les animaux le développement du goître exophtalmique est la preuve que toutes les espèces animales ne réagissent pas de même : aux souris, lapins et chiens, on peut opposer les moutons et les porcs. Kocher et von Trachewsky ont constaté que l'ablation du corps thyroïde chez les femelles enceintes a pour conséquence la naissance de petits rachitiques. D'autre part, von Trachewsky a obtenu l'atrophie du corps thyroïde par l'administration de phosphates à l'intérieur, et Kocher a vu la maladie de Basedow s'améliorer rapidement par ingestion de phosphate de soude.

III. — *Rehn* est le premier à avoir opéré, il y a 14 ans, un cas de maladie de Basedow; l'incision du goître, qui était kystique, fut suivie d'une hémorragie très profuse et de phénomènes rappelant l'intoxication par suralimentation thyroïdienne.

Krœnlein n'a encore eu recours, dans le goître exophtalmique, qu'à la résection qu'il a pratiquée 8 fois, toujours avec succès. Le chiffre de ses opérations de goître est de 400 ; il n'a perdu aucun de ses 200 derniers opérés. Il fait une anesthésie mixte par la morphine et l'éther et s'est mis ainsi à l'abri des pneumonies qu'il a observées plusieurs fois pendant l'ère du chloroforme.

Von Eiselsberg déclare n'avoir vu aucun effet de l'alimentation thymique prescrite par erreur au lieu de la thyroïdienne, dans 2 cas de myxœdème.

Trendelenburg est partisan de la ligature des 4 artères, et il n'a jamais eu de tétanie, mais il fait l'opération en 2 séances.

Rydygier a également lié 22 fois les 4 artères sans myxœdème consécutif.

Nasse a administré des corps thyroïdes dans un cas de mal de Basedow; le goitre diminua mais il survint des troubles qui obligèrent à renoncer à ce traitement. Chez les goitreuses jeunes, il a essayé la même médication; mais la tumeur thyroïdienne reprenait son volume dès qu'on cessait l'alimentation thérapeutique. J. B.

Note sur un cas d'exothyropexie pour un goitre charnu suffocant, par BLANC (*Loire méd.*, *15 juillet 1895*).

Il s'agit d'un jeune homme chez lequel une tumeur thyroïdienne, dure, charnue et très vasculaire a augmenté beaucoup de volume depuis quelques mois et déterminait des accès de suffocation et une dysphagie des plus douloureuses par suite d'un prolongement du fond de la tumeur. Il y avait de plus de l'inégalité pupillaire. On procède à l'exothyropexie; le lobe médian et le lobe droit sont assez facilement attirés au dehors ; mais pour le lobe gauche,

on constate qu'il s'insinue entre la colonne vertébrale et l'œsophage, formant ainsi le goître rétro-pharyngo-œsophagien de Kaufmann. Telle était la cause de la dysphagie douloureuse. Dès le lendemain de l'opération, les troubles fonctionnels disparaissaient, et, malgré une élévation de la température pendant quelques jours, de l'agitation et de la tachycardie, aucune suite fâcheuse ne survenait. Un mois plus tard, la tumeur avait diminué de moitié de volume et, sept semaines après l'opération, la cicatrisation était presque complète. Dans la suite, l'atrophie de la tumeur a continué, l'état général est redevenu excellent, mais l'état mental, resté jusqu'alors infantile, n'a point semblé bénéficier de l'opération. OZENNE.

De la thyroïdectomie partielle dans le goitre exophtalmique, par J. DURAND (*Thèse de Paris, 1895*).

D. discute la valeur des diverses interventions opératoires dans le goitre exophtalmique, thyroïdectomie totale, exothyropexie et donne la préférence à la thyroïdectomie partielle qui n'expose pas au myxœdème et amène la guérison, aussi bien que l'ablation totale. Une observation de Tuffier avec un remarquable succès. A. CARTAZ.

The surgical treatment of certains forms of bronchocele with reports of sixteen cases, par F.-J. SHEPHERD (*Annals of surg., septembre 1895*).

Relation de 16 cas de goitre opérés par l'auteur. Pour les formes kystiques et colloïdes, le procédé de choix lui paraît être l'énucléation. Il emploie l'anesthésie par l'éther, le tamponnement à la gaze iodoformée et ne fait jamais de lavages de la plaie dans les pansements. A relever dans ces 16 cas, tous chez des femmes, la blessure de la veine jugulaire qui fut liée au-dessus et au-dessous de la plaie et incisée sans troubles aucuns (enfant de 10 ans). Dans un autre cas (obs. XI), l'hémorragie causée par la vascularisation du kyste était telle qu'il fallut lier les artères thyroïdiennes. Toutes les malades ont bien guéri, sans accidents consécutifs. A. CARTAZ.

Ueber den Echinococcus der Schildrüse (Des kystes à échinocoques du corps thyroïde), par HENLE (*Archiv für klin. Chir., XLIX, 4, 852-872, 1895*).

L'observation rapportée par Henle a trait à une jeune fille de 18 ans, ayant une tumeur du volume d'un œuf développée dans le lobe droit du corps thyroïde; elle paraissait être constituée par un kyste assez gros et profond et un autre plus petit et superficiel. Mikulicz posa le diagnostic de goitre kystique, accompagné de légers phénomènes inflammatoires. A l'opération, on ouvrit deux cavités; la première, la plus petite, donna issue à un liquide purulent; la seconde, la plus considérable, à un agrégat de matières membraneuses, noyées dans un liquide louche. La poche kystique adhérente aux muscles régionaux fut enlevée avec des ciseaux, après ligature des artères thyroïdiennes supérieure et inférieure. La guérison fut rapide; mais quelques jours après on constata une paralysie totale de la corde vocale droite; l'opérateur avait, dans ses manœuvres, lésé le nerf récurrent.

Ces faits sont extrêmement rares; l'auteur n'a trouvé que 18 observations pou esquisser une étude d'ensemble. Cette affection présente toujours un assez haut degré de gravité, et l'auteur conclut à la nécessité d'une rapide intervention chirurgicale. M. B.

Su di un caso affatto raro di tubercolosi della glandola sottomascellare, par E. AIEVOLI (*Il policlinico, II, 6, 1895*).

L'auteur n'a pas trouvé de fait analogue à celui qu'il publie. Au congrès de la tuberculose (1888), Valude avait déclaré que la tuberculose salivaire n'avait pas été observée mais il l'avait obtenue expérimentalement par injections de cultures pures.

Le malade d'A. était un homme de 30 ans, bien portant, sans antécédents héréditaires. Pas de syphilis. La lésion avait débuté dix-huit mois auparavant par un gonflement de la glande sous-maxillaire, sans douleur. On ne trouve aucune lésion de la bouche ; la tumeur est presque molle, de la dimension d'un œuf de poule, sans adénopathie de voisinage. Le traitement spécifique fut essayé sans succès. A. pratique alors l'ablation. Guérison rapide. A l'examen, la tumeur présente les caractères d'une lésion tuberculeuse à différents stades d'évolution. A. CARTAZ.

Des tumeurs mixtes des glandes salivaires des lèvres, par André COLLET (*Thèse de Paris, 1895*).

Bonne étude de cette variété de tumeurs complétant les travaux de Larabrie, Pérochaud. Ce sont des tumeurs épithéliales (adénome et épithéliome) ayant, comme caractère spécial une trame formée de tissus variables dépendant du tissu conjonctif (fibreux, cartilagineux, osseux...) et de se développer aux dépens de débris embryonnaires. Bénignes au début, elles prennent à la longue un caractère malin par suite de la prolifération plus intense du tissu épithélial et du tissu sarcomateux. Il faut donc les opérer dès qu'elles sont reconnues. A. CARTAZ.

Ueber Endotheliale Geschwülste zugleich ein Beitrag zu den Speicheldrüsen und Gaumentumoren (Sur les tumeurs endothéliales, avec contribution à l'étude des tumeurs des glandes salivaires et du palais), par R. VOLKMANN (*Deut. Zeitschr. für Chir., XL, 1-3, p. 1-180, 1895*).

Parmi les tumeurs conjonctives, il faut faire une classe à part des tumeurs dues à une prolifération atypique des cellules endothéliales plates que ces cellules revêtent les espaces interstitiels, les vaisseaux sanguins ou lymphatiques ou les cavités séreuses ou qu'elles tiennent aux capillaires sanguins comme revêtement plat périvasculaire. C'est dans les endothéliomes interfasciculaires qu'on reconnaît le mieux la commune origine métodermique de l'endothélium proliféré et du stroma conjonctif. On rencontre des formes de passage entre le sarcome et l'endothéliome, mais jamais entre celui-ci et le carcinome.

Si dans le carcinome épithélial on rencontre, par hasard, une prolifération endothéliale d'un lymphatique envahi par le carcinome, cela ne change en rien l'aspect général du carcinome. Les endothéliomes sont infiniment plus fréquents qu'on ne le croit. A leur formation participent par ordre de fréquence : *a*) l'endothélium des fentes interstitielles du tissu conjonctif, très souvent simultanément l'endothélium des lymphatiques ; *b*) d'autre part ce dernier et celui des séreuses ; *c*) rarement l'endothélium des interstices, des lymphatiques et des vaisseaux simultanément. Mais il est rare de voir un de ces endothéliums seul être le point de départ de la tumeur.

Une cellule plate, saillante dans une des fentes du tissu conjonctif devient plus visible, plus colorable, prolifère et bientôt on a une file de cellules, polygonales par pression réciproque, et dont les deux extrêmes seules gardent la forme allongée. Ces cordons, ou cylindres cellulaires sont caractéristiques; ils peuvent prendre un aspect plexiforme ou alvéolaire ou bien rappeler le carcinome. Souvent il se forme des globes cellulaires stratifiés.

Fréquemment il y a production de cartilage, la calcification est rare. Souvent il y apparaît du glycogène.

Le stroma, rarement simple tissu conjonctif fibrillaire, est souvent myxomateux, cartilagineux, muqueux, hyalin, sarcomateux. Les tumeurs des séreuses en sont le type le plus simple, puis l'endothéliome cutané, enfin, les cylindromes et tumeurs mixtes de la parotide. L'ossification est rare, les lésions caverneuses et lymphangiectasiques fréquentes.

Les lésions primitives des vaisseaux sont rares, c'est l'adventice surtout qui participe aux lésions à propos desquelles l'auteur étudie les formes mixtes d'endothéliome et de sarcome.

L'auteur termine par une riche collection d'observations.

Généralités : les cellules, le stroma et ses dégénérescences, les vaisseaux, les tumeurs des glandes salivaires en général, de la parotide en particulier. Résumé de 28 endothéliomes de la parotide. Les tumeurs de la glande sous-maxillaire. Tumeurs de la tête analogues aux endothéliomes salivaires. 138 tumeurs du palais. 2 cas rares de sarcome périthélial alvéolaire. Endothéliome des os. Bibliographie très complète.

MARCEL BAUDOUIN.

I. — La chirurgie du poumon, par P. RECLUS (*9e Congrès franç. de chir., octobre 1895*).

II. — Quelques cas de chirurgie du poumon, par PÉAN (*Ibidem*).

III. — De l'incision exploratrice de la plèvre dans les lésions pulmonaires, par P. BAZY (*Ibidem*).

IV. — Hémothorax, pleurotomie, guérison, par P. MICHAUX (*Ibidem*).

V. — Pneumotomie pour dilatation bronchique, par WALTHER (*Ibidem*).

VI. — Kyste hydatique du poumon : pneumotomie, guérison, par JONNESCO (*Ibidem*).

I. — Dans ce rapport remarquable, R. résume sommairement les indications de l'intervention : 1° pour les hémorragies ; 2° pour les tumeurs, ces deux indications étant relativement rares et ayant donné lieu à peu d'observations ; 3° pour les collections cavitaires, comprenant les cavernes tuberculeuses, les dilatations bronchiques, les kystes hydatiques, la gangrène, les abcès, etc. R. discute, d'après les divers faits publiés, les indications et les procédés d'intervention.

II. — Péan passe en revue les indications d'intervention dans les traumatismes et les maladies spontanées du poumon que l'on peut diviser en tumeurs liquides et tumeurs solides. De ses observations, il conclut que les blessures guérissent habituellement assez bien, qu'elles aient été pro-

duites par des instruments tranchants ou par des projectiles de petit calibre ; au contraire, les gros projectiles donnent lieu à des désordres étendus, la plupart du temps au-dessus des ressources de la chirurgie.

Parmi les affections spontanées, il est indiqué d'attaquer les abcès simples ou gangréneux ou limités ou n'ayant aucune tendance à la guérison. De même, on ouvrira et l'on drainera, après cautérisation, les abcès tuberculeux, s'ils déterminent des douleurs et des fistules, et s'ils ont contracté des adhérences étendues avec la plèvre. Quant à l'excision de fragments de poumon entourant des cavernes tuberculeuses, elle est inutile, la détermination du bacille de Koch s'étant déjà produite au delà des limites apparentes du foyer.

En présence de kystes hydatiques primitifs ou secondaires, on ne doit pas hésiter à intervenir en utilisant les adhérences ou en les provoquant, si elles ne sont pas assez étendues ; on agira de même contre les tumeurs solides superficielles qui, d'ailleurs, ne se présentent que très rarement.

III. — Bazy a pratiqué l'incision exploratrice sur un jeune homme de 20 ans, atteint de gangrène pulmonaire depuis trois mois. D'après quelques signes de localisation à la base du poumon, la neuvième côte fut d'abord attaquée, puis six centimètres de la huitième côte furent enlevés, sans qu'aucun point de la plèvre découverte parût malade. L'opérateur fit alors dans la séreuse une boutonnière à travers laquelle il introduisit le doigt et sentit au-dessus une adhérence et une induration pulmonaire en regard de la quatrième côte.

Celle-ci réséquée sur une étendue de quatre centimètres, la plèvre apparut avec une coloration feuille morte et une incision très profonde au thermocautère fit ouvrir un foyer rempli d'air et de matières putrides. Un drain fut placé à 11 centimètres de profondeur. Guérison parfaite en quelques jours. Environ cinq mois après, ce malade, qui était épileptique, fut trouvé mort dans son lit. Bazy déduit de ce fait que la plèvre saine peut être incisée sans inconvénient, pour explorer la cavité pleurale et que cette exploration peut donner des renseignements utiles.

IV. — Jeune homme de 18 ans ; coup de revolver dans le côté gauche de la poitrine. Le lendemain, état général grave ; signes d'un épanchement sanguin considérable. Résection de 8 à 10 centimètres des septième et huitième côtes, incision de la plèvre et issue d'environ un litre de sang. A la face interne du hile et à sa partie inférieure on aperçoit une blessure que l'on ne peut atteindre. Tamponnement de la plaie et drainage. Guérison au bout de trois semaines.

V. — Jeune fille de 26 ans, présentant un pyopneumothorax de la base du poumon gauche. A l'âge de 12 ans, première vomique abondante à la suite d'un gros rhume ; depuis lors, tous les jours, 3 ou 4 vomiques. En 1892, pleurésie purulente ponctionnée dans le cinquième espace intercostal. En 1894, on incise le tissu pulmonaire qui est sclérosé et dur, et l'on pénètre dans une large cavité occupant tout le lobe inférieur du poumon. L'étendue de la cavité nécessite une large résection des septième, huitième et neuvième côtes, en haut, la cavité se prolonge sous les sixième et cinquième côtes en formant un cul-de-sac. A la suite de l'opération les vomiques ont cessé, l'expectoration bronchique a diminué et la cavité s'est comblée, sauf à la partie supérieure où il est resté un diverticule, qui a nécessité la résection de la quatrième et de la cinquième côte sur une petite étendue pour détruire au thermocautère plusieurs orifices le faisant communiquer avec les bronches. Guérison complète.

VI. — Jeune homme de 17 ans, présentant un volumineux kyste hydatique du poumon gauche, avec déplacement du cœur à droite. Le septième espace intercostal est incisé; six centimètres de la septième côte sont réséqués et, la plèvre ouverte, il s'écoule une certaine quantité de liquide purulent. On incise ensuite le poumon avec le thermocautère et, à une profondeur de 5 cent. 1/2, on pénètre dans la cavité du kyste qui se vide de 800 grammes d'un liquide purulent. Lavage et drainage. Guérison presque complète au bout de 6 semaines. OZENNE.

Thoracotomie et thoracoplastie, par LLOBET (*Revue de chir.*, *n° 3*, *p. 242*, *1895*).

Llobet recommande l'ouverture franche et large du thorax : dans les tumeurs sous-costales, dans certains cas de plaies du poumon, dans les pleurésies chroniques avec épaississement de la séreuse, dans les hernies diaphragmatiques, les abcès, les gangrènes limitées et surtout dans les kystes hydatiques du poumon.

Voici le procédé toujours employé par Llobet et qui lui a donné de bons résultats :

1° Incision comprenant la peau et les muscles, partant de la deuxième côte à la hauteur du bord correspondant du sternum pour se diriger en bas et en dehors jusqu'à la huitième côte ;

2° Disséquer la peau et les muscles jusqu'à la rencontre des côtes ;

3° Sectionner obliquement d'avant en arrière et de dedans en dehors avec la scie d'Ollier les deuxième, troisième, quatrième, cinquième, sixième et septième côtes ;

4° Achever la section de la plèvre et des muscles pour pouvoir rejeter le lambeau en dehors ;

5° Saisir le poumon avec des pinces à érignes, pour l'attirer en bas, afin de lui conserver la forme qu'il a pendant l'inspiration ;

6° Inciser le poumon lentement avec le thermocautère à une température peu élevée, pour éviter les hémorragies dans les cas d'extraction de kyste ou d'ouverture d'abcès, etc. ;

7° Laver la cavité avec de l'eau boriquée ou stérilisée ;

8° Ramener le lambeau sans suturer les côtes et suturer les muscles et la peau ;

9° Faire le vide dans la cavité opératoire, au moyen d'un trocart aspirateur introduit au niveau du cinquième ou sixième espace, sur la ligne axillaire.

Le pneumothorax, inévitable dans bien des cas, n'a jamais donné, dans la pratique de Llobet, d'accidents graves.

L'auteur rapporte un cas de hernie diaphragmatique guérie par la cure radicale faite en 1894 par la voie thoracique. C. WALTHER.

Zahnplatte im Œsophagus, par W. KŒRTE (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 20*, *p. 445*, *20 mai 1895*).

Femme ayant avalé son dentier qu'on essaie vainement d'extraire et qu'on tâche ensuite de refouler dans l'estomac. Elle rentre à l'hôpital pour des hémorragies consécutives à ces manœuvres; le corps étranger ne put être perçu. Alimentation par le rectum, puis par la gastrostomie. Mort par gangrène pulmonaire. A l'autopsie, perforation de l'œsophage au niveau du larynx. En

arrière de l'œsophage, du côté droit, longue fausse route descendant jusqu'au diaphragme. Le dentier se trouvait dans un foyer gangréneux du lobe inférieur du poumon droit. J. B.

I. — Caillou dans l'œsophage, œsophagotomie externe, par TELLIER (*Lyon méd.*, *10 novembre 1894*).

II. — Corps étranger de l'œsophage, par GANGOLPHE (*Ibid*, *17 novembre 1895*.)

I. — Relation d'un cas d'œsophagotomie externe pour un caillou, pesant 60 grammes, avalé par un aliéné, impossible à enlever par les voies naturelles; il était arrêté à 18 centimètres de l'arcade dentaire. Aucun aliment liquide ou solide ne pouvait passer. Opération laborieuse, la muqueuse œsophagienne coiffant ce corps étranger. Sonde enlevée le 10e jour. Guérison.

II. — Une malade, en dormant, avale un dentier qui s'arrête à 25 centimètres de l'arcade dentaire; les sondes moyennes pouvaient passer. Refus d'opération. Un mois après, paralysie de la corde vocale gauche, toux fréquente. La malade consent à l'opération, mais elle meurt subitement par hémorragie avant qu'on puisse la faire. A l'autopsie, une branche du dentier, implanté dans l'œsophage, a perforé la bronche gauche, l'hémorragie provenait d'une artériole bronchique. A. CARTAZ.

Estomac en bissac, gastroplastie, guérison, par P. COURMONT (*Lyon méd.*, *29 septembre 1895*).

A la suite d'un ulcère de l'estomac survenu à l'âge de 20 ans, la malade avait éprouvé des troubles dyspeptiques avec cachexie. Bouveret diagnostiqua un estomac biloculaire. L'opération montra que ce diagnostic était exact, les deux parties communiquaient par un orifice étroit. Opération de gastroplastie. Guérison. A. CARTAZ.

Deux observations de traitement chirurgical du cancer de l'estomac, par QUÉNU (*Revue de chir.*, *n° 10*, *p. 850*, *1895*).

I. — Femme de 33 ans, présentant une petite tumeur épigastrique de la grosseur d'une noix. Le 23 avril 1894, laparotomie exploratrice qui montre que la tumeur est constituée par de l'épiploon et des ganglions dégénérés, lesquels reposent en arrière sur une tumeur plus volumineuse, qui forme le pylore cancéreux.

Le 7 mai 1894. Laparotomie. Gastroentérostomie avec application du bouton de Murphy; résection du pylore, des portions altérés du grand épiploon et des ganglions. Guérison.

En mai 1895, amaigrissement considérable ne laissant pas de doute sur l'existence d'une récidive locale, mais sans autre trouble gastrique que quelques vomissements glaireux, par conséquent sans envahissement par le néoplasme de la communication gastro-jéjunale.

II. — Homme de 50 ans. Carcinome pylorique évident avec signes de sténose complète.

Le 19 juillet 1894, laparotomie; tumeur inopérable. Gastroentérostomie. Guérison opératoire rapide.

Le malade, revu le 7 octobre 1894, avait gagné 23 livres depuis l'opération. Etat général excellent; aucun trouble dyspeptique. C. WALTHER.

I. — Bericht über 103 Operationen am Magen, par MIKULICZ (*Berlin. klin Woch.*, *n° 20*, *p. 445*, *20 mai 1895*).

II. — Ueber Ausschaltung des nicht operablen Pylorus-Carcinoms, par von EISELSBERG (*Ibidem*).

III. — Ueber die Kocher'sche Methode der Gastroenterostomie, par PLETTNER (*Ibid., p. 446*).

IV. — Discussion du XXIVe Congrès de la Société allemande de chirurgie (*Ibidem*).

I. — Depuis la statistique de Billroth, publiée en 1890, sur la résection de l'estomac (69 cas avec 33 morts, soit une mortalité de 45 0/0), les résultats des opérations sur l'estomac se sont bien améliorés et la mortalité s'est réduite de moitié. En effet, Mikulicz a pratiqué 103 opérations sur 102 malades, dont 23 ont succombé aux suites de l'intervention, soit une mortalité de 22 0/0. Les 35 opérations pratiquées dans les dix premières années de sa carrière hospitalière se sont terminées 13 fois fatalement soit 27 0/0, tandis que les 68 opérations faites depuis deux ans et demi n'ont entraîné que 10 décès, soit 15 0/0 de mortalité.

Au point de vue des indications, M. établit 3 groupes parmi ses opérations : 1° les lésions non cancéreuses et sans complication sérieuse, telles qu'hémorragies, rétrécissements bénins, au nombre de 24 avec 2 morts; 2° les cancers, au nombre de 73 avec 16 morts; 3° les perforations de l'estomac avec hémorragie consécutive, au nombre de 6 avec 5 morts. Les 23 décès ont été occasionnés : 8 par collapsus, suite de gastrorragie, de péritonite préexistante ou d'inanition; 6 par pneumonie hypostatique, survenue du 5 au 11e jour; 2 par inanition; 2 par infection; 1 par gangrène du côlon; 1 par formation d'éperon après la gastro-entérostomie et 1 par coudure du pylore. Quant à leur nature, les opérations se divisent en 44 gastrostomies, dont 34 pour cancer de l'œsophage avec 6 morts et 10 pour rétrécissement bénin du pylore ou du cardia sans mort; 20 résections du pylore, dont 18 pour cancer avec 5 morts et 2 pour lésions bénignes, sans mort; 26 gastro-entérostomies, dont 21 pour cancer avec 6 décès; 6 pyloroplasties, avec 2 décès; un troisième malade a succombé par hémorragie due à un ulcère; enfin 6 gastrectomies partielles pour gastrorragies avec 3 décès. Donc les deux tiers des morts ne sont pas imputables à l'intervention. Voici maintenant les résultats définitifs des opérations pour cancers. Des 34 opérés de cancer de l'œsophage, 28 ont survécu à l'opération, mais 9 sont morts actuellement. La survie, qui a oscillé entre 2 et 12 mois, a été en moyenne de 4 1/2 ou 5 mois. Pour les 8 résections de l'estomac, la prolongation de vie a varié de 1 an à 2 ans 1/2, soit une moyenne de 1 an 1/4, ce qui concorde avec les résultats de Billrolth. Des 26 gastro-entérostomisés, 16 ont survécu à l'opération, mais 7 sont déjà morts; la survie moyenne a été de 6 mois 1/2. La gastrectomie est donc préférable à la gastro-entérostomie, toutes les fois que l'envahissement des ganglions n'est pas trop étendu.

II. — Von Eiselsberg a fait 35 gastro-entérostomies, dont 6 suivies de décès; toujours il s'agissait d'une tumeur pylorique, le plus souvent cancéreuse inopérable. Bien que les résultats de cette opération soient excellents, elle n'empêche pas absolument le chyme d'irriter la tumeur. Aussi von Eiselsberg a-t-il eu l'idée de faire l'exclusion du pylore, autant du moins qu'elle est possible sans entraver le flux de la bile. A cet effet, combinant la gastrectomie avec la gastro-entérostomie, il sectionne l'es-

tomac au voisinage de la tumeur pylorique, referme isolément les deux sections et termine par la gastro-entérostomie. Il a pratiqué cette opération avec succès sur 2 hommes de 56 et de 62 ans; au bout de 3 mois, l'augmentation de poids était de 8 kilogrammes chez l'un et de 40 kilogrammes chez l'autre. Tous deux souffraient depuis des années de douleurs lancinantes avant que les progrès de la tumeur nécessitassent l'intervention; leurs douleurs ont complètement cessé. L'un a guéri sans fièvre, tandis que la plaie de l'autre a longuement suppuré. Quoique cette modification opératoire complique et allonge l'intervention, elle paraît indiquée contre les tumeurs inopérables s'accompagnant de vives douleurs ou d'hémorragies.

Chez une femme de 60 ans ayant un cancer du cardia et du pylore, von Eiselsberg a fait la jéjunostomie suivant Witzel. Le fonctionnement de la fistule a été excellent; les douleurs ont entièrement disparu; au bout de 4 mois, la malade avait engraissé de 8 kilogrammes et depuis lors elle mange sans inconvénient par la bouche.

III. — Plettner a modifié la gastro-entérostomie de Wölfler en ce qu'il suture l'intestin à l'estomac, non longitudinalement, mais transversalement; il a renoncé à former la valvule préconisée par Kocher, parce qu'elle ne tarde pas à disparaître par ratatinement.

IV. — Kocher est resté fidèle à la gastro-duodénostomie et attache plus d'importance à conserver la motilité de l'estomac que son pouvoir sécréteur. Il n'a perdu que 2 opérés sur 14; un de ses cancéreux survit depuis 7 ans.

Wölfler ne saurait voir de différence essentielle entre les gastro-entérostomies antérieure et postérieure. La compression du côlon, signalée comme un inconvénient de la gastro-entérostomie antérieure, tient uniquement à ce que l'anse qu'on insère a été choisie trop près du repli duodéno-jéjunal; elle doit en être distante d'au moins 50 centimètres; pour plus de prudence, on peut encore, comme Bramann et Brenner, faire passer l'anse d'intestin grêle à travers le ligament gastro-colique. D'autre part, pour éviter le reflux du contenu stomacal dans le bout afférent de l'intestin, on a proposé, Wölfler lui-même, d'établir une valvule; tout en ayant eu recours une fois à cet artifice, avec succès, Wölfler y a peu confiance, persuadé que la valvule finit par se rétracter. Il estime qu'on obtient bien plus sûrement le résultat désiré, en suturant l'anse efférente dans la direction de la péristaltique stomacale.

Enfin, pour se mettre à l'abri de la production d'un éperon qui a occasionné la mort d'un des opérés de Mikulicz, Wölfler préconise le procédé qu'il a déjà employé dans 5 cas. Il consiste, après qu'on a suturé le bout afférent d'intestin, à ne pas le laisser pendre coudé angulairement, mais à le fixer à la paroi antérieure de l'estomac dans une situation à peu près verticale, à l'aide de quelques sutures, et après avoir ratissé avec le bistouri les séreuses de l'estomac et de l'intestin. Le coude qui se forme à l'endroit où l'intestin afférent devient vertical a, en outre, l'avantage d'empêcher que l'afflux de la bile soit trop profus. J. B.

Casuistische Beiträge zur Chirurgie der Leber und Gallenwege (Chirurgie du foie et de la vésicule biliaire), par HERMES (*Deutsche Zeitschr. für Chir.*, *XLI*, *6*, *p. 458-472*, *1895*).

La ponction exploratrice comme moyen de diagnostic n'est recommandable que dans une certaine limite. Sans la repousser absolument, puisque autrement un grand nombre d'abcès échapperaient totalement au diagnostic, chaque fois qu'elle signale la présence du pus, l'auteur recourt aussitôt à l'opération. Quand le foie est adhérent à la paroi abdominale, on ouvre l'abcès d'après les règles ordinaires. S'il n'y a pas d'adhérences, il faut avant tout éviter une infection de la cavité péritonéale, ouverte, par le pus de l'abcès. Il faut donc obtenir d'une façon quelconque l'isolement certain de la cavité péritonéale. Tous les cas où il y a une forte fièvre, une déperdition rapide des forces, etc., nécessitent la prompte évacuation du pus ; on pourra recourir aussi à d'autres moyens, notamment à une ouverture rapide par la pâte au chlorure de zinc. En cas de calculs dans le cholédoque, l'idéal consiste à écraser les calculs avec les doigts et à en repousser les morceaux dans le duodénum. Cela n'est possible que si les calculs ne sont pas trop durs. Sinon, on ouvrira la vésicule biliaire ou bien le cholédoque directement.

MARCEL BAUDOUIN.

Sur la chirurgie du cholédoque, par QUÉNU et discussion (*Bull. Soc. chir.*, *XXI*, *p. 322*, *352 et 388*).

Le cholédoque, obstrué par un calcul, peut à la longue se débarrasser de celui-ci. Mais il ne faut pas attendre pareille éventualité, et après 3 mois de rétention biliaire, la laparotomie exploratrice est indiquée. On trouve alors soit toutes choses en place, soit des adhérences déformant la région ; mais les notions anatomiques éclairent sur la marche à suivre.

L'incision médiane est celle de choix. Après libération des adhérences, si besoin, le doigt accroche le bord du petit épiploon, et peut sentir un calcul dans quelque portion que ce soit du cholédoque, ainsi que le démontrent les recherches cadavériques de l'auteur. Laissant alors la lithotripsie biliaire, trop aveugle, réservant la cholécystentérostomie aux cas pressés ou d'obstruction impossible à lever, on doit opérer par incision du cholédoque. Celle-ci, relativement facile dans la portion susduodénale du conduit, est encore possible dans ses parties rétro et sous-intestinale. Le pancréas, dans ce dernier cas, peut être traversé sans trop de danger. Reste à fermer la plaie du canal par des points séparés à la soie, à moins qu'il ne semble préférable de ne tenter aucune suture. Mais, dans les deux cas, un sérieux drainage à la gaze aseptique est de rigueur. Enfin, quand on redoute une infection péritonéale par la bile septique, il est possible d'opérer en deux temps, attaquant en second lieu le cholédoque derrière le tamponnement préalablement appliqué sur lui.

Michaux rejette l'opération en deux temps, comme trop grave pour des malades déjà affaiblis par leur insuffisance hépatique. De plus, les portions rétro- et sous-duodénale du conduit lui paraissent d'accès diffi-

cile, sinon impossible. Mieux vaut inciser le cholédoque dans le point où il se présente le mieux, puis arriver par malaxation à faire remonter jusqu'à l'orifice les calculs plus bas placés. Un point important, c'est qu'on a presque toujours affaire à une affection concomitante de la vésicule ; l'incision sur le bord externe du muscle droit, très longue d'emblée, est donc préférable pour traiter d'abord celle-ci.

Par l'incision classique de l'exploration lombaire, Tuffier pense qu'on peut, à titre exceptionnel, aborder le cholédoque, qui s'offre là dans sa portion rétro-péritonéale, ce qui n'est pas sans un avantage appréciable.

ARROU.

Cholécystotomie extra abdominale, par Oscar BLOCH (*Revue de chir*,, *n° 2*, *p. 147*, *1895*).

Ce procédé, employé avec succès par Bloch, chez une malade dont il rapporte l'observation complète, consiste à fixer dans un premier temps la vésicule biliaire au dehors de la paroi abdominale ; les adhérences une fois bien établies, dans une deuxième séance, la vésicule est ouverte, vidée de son contenu, puis suturée. Enfin, lorsque la plaie de la vésicule est bien et solidement cicatrisée, dans une troisième séance, on détruit les adhérences avec la paroi et le péritoine pariétal, la vésicule est refoulée dans la cavité abdominale et la paroi suturée.

Ce procédé est destiné à prévenir tout danger de rupture ou d'infection des points de suture de la paroi de la vésicule, danger toujours imminent dans la cholécystotomie idéale. C. WALTHER.

Obstruction du conduit cystique par un calcul; cholécystectomie, guérison, par DEPAGE (*Annales Soc. belge chir.*, *15 janvier 1895*).

Femme de 51 ans portant dans l'hypochondre droit une tumeur du volume d'un œuf, s'accompagnant de douleurs, sans ictère, et ayant donné lieu à de l'amaigrissement. Une incision montre la vésicule biliaire volumineuse dans laquelle on perçoit un calcul ; on en sent un autre dans le canal cystique. Ablation de la vésicule après ligature du canal au-delà du calcul. Guérison sans incidents au bout de 15 jours. Dans la vésicule se trouvait, près du col, un deuxième calcul enclavé dans une dilatation. OZENNE.

I. — Ueber Pankreas-Chirurgie, par KRÖNLEIN (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 22*, *p. 489*, *3 juin 1895*).

II. — Angiosarcom des Pankreaskopfes....., par le même (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, *n° 4*, *p. 121*, *15 février 1895*).

Dans sa monographie, parue il y a quinze ans, sur les affections du pancréas, Friedreich ne mentionne encore aucune intervention chirurgicale. Il y a douze ans seulement que Gussenbauer (*R. S. M.*, XXII, 699) opéra avec succès un kyste pour la première fois ; depuis lors, on possède 42 guérisons analogues. Un nouveau progrès est dû à Kœrte (1894), pour le traitement chirurgical des suppurations pancréatiques (*R. S. M.*, XLV, 262). Enfin, Ruggi a réussi le premier à enlever par la voie rétro-péritonéale un cancer de la queue du pancréas.

Les sarcomes pancréatiques sont beaucoup plus rares que les cancers : on n'en compte que 5 cas.

Kroenlein en a opéré un, en 1894, chez une femme de 63 ans. La tumeur, dure et bosselée, de la grosseur du poing, était située à droite de l'ombilic, et peu mobile, simulant un cancer du pylore. La laparotomie montra qu'il s'agissait d'un angiosarcome du pancréas, solidement fixé au duodénum et au pylore. Pour enlever cette tumeur, il fallut appliquer une double ligature sur une grosse artère. L'opérée succomba le 7e jour, à une péritonite traînante, due à la gangrène du colon transverse, occasionnée elle-même par la ligature de l'artère colique moyenne. J. B.

Ein Fall von Pancreas-Kyste mit Nierendrehung (Un cas de kyste du pancréas avec torsion du rein), par DREYZEHNER (*Archiv für klin. Chir.*, *L*, *2*, *p. 261*, *1895*).

Une tumeur fluctuante non pulsatile, d'abord difficilement constatable, se développe rapidement dans la région épigastrique; son développement s'accompagne de crises douloureuses dans la région ombilicale avec irradiations dans la cuisse droite et la région oléocœcale, de météorisme, de constipation. Par la percussion on constate qu'elle s'étend de la sixième côte à l'épine iliaque supérieure antérieure dans la ligne mamillaire sur la ligne médiane elle dépasse l'ombilic de deux travers de doigt et atteint du côté gauche le bord externe du muscle droit de l'abdomen. La tumeur remonte de 3 centimètres dans l'inspiration, matité dans sa région lombaire gauche sauf au voisinage du rachis. Opération : Incision un peu convexe en bas et au dedans du milieu de la quatorzième côte à un centimètre au dessus de l'épine antérieure supérieure droite.

Le rein atrophié est reconnu, il est dévié, son hile regarde en dehors, le péritoine est incisé; on laisse s'établir l'adhérence du kyste à l'incision 8 jours après, incision du kyste qui contient 3,500 centigrammes d'un liquide brun verdâtre; la surface interne en est lisse, sauf en quelques points où l'on rencontre quelques trabécules. Tamponnement. Guérison en quelques semaines, 3 mois après, on ne retrouve aucune trace de la tumeur à la palpation. Le pouls qui avant l'opération était ralenti (40-44) est de 72 à 80. (Ralentissement réflexe par excitation du plexus cœliaque). Il y eut une certaine polyurie (2,500 grammes) avant l'opération. Le liquide kystique était alcalin, riche en albumine d'une densité de 1022, contenant beaucoup de sang, des cristaux de cholestérine, un peu d'urée. Absence de ferment pancréatique.

MARCEL BAUDOUIN.

Intervention chirurgicale dans les contusions de l'abdomen, par MICHAUX (*Bull. Soc. chir.*, *XXI*, *p. 200 et 226*).

Les contusions graves sont seules envisagées ici, bien que des chocs, même légers, soient susceptibles de produire des lésions sérieuses. On a coutume d'attendre, pour intervenir, des signes évidents de péritonite ou d'hémorragie. C'est faire courir grand risque à son malade. Partant de ce principe, que plus de la moitié des contusions graves entraînent des lésions mortelles, il est de règle d'intervenir dans les 20 premières heures au maximum, pour peu qu'un signe quelconque donne l'éveil à un soupçon de lésion grave. Attendre un signe certain, c'est attendre la péritonite confirmée contre laquelle on est à peu près désarmé. L'important est d'aller très vite en opérant; aussi le bouton de Murphy serait-il préférable aux sutures.

Après Delorme, qui rapporte de nombreux cas de guérison spontanée, Chaput, frappé de la gravité des lésions, se déclare partisan de l'inter-

vention dans les 4 ou 5 premières heures, dès la période de choc terminée. Pas de suture, mais plutôt la résection de l'anse intestinale contuse et, s'il est urgent d'aller très vite, l'anus contre nature. ARROU.

De l'intervention chirurgicale dans les contusions de l'abdomen, par GACHON (*Thèse de Paris, 1895*).

Un traumatisme violent, une douleur localisée, tels sont les éléments qui justifient la précocité de l'intervention (avant la 20e heure). La petitesse du pouls, l'élévation de température, les vomissements intenses indiquent que déjà le péritoine est inoculé, et qu'il eût été préférable de ne pas attendre leur apparition. En incisant sur la ligne médiane, en opérant très vite, on voit la mortalité tomber à 20 0/0. Les cas de mort à la suite d'intervention sont imputables à la péritonite déjà déclarée. En somme, aucun signe clinique évident ne pouvant fournir d'élément de certitude au diagnostic, il est indiqué de passer outre et d'intervenir, dès qu'on a l'assurance qu'il s'est agi d'un choc grave ; l'intestin est presque toujours intéressé dans ce cas. ARROU.

Inversion de l'appendice vermiforme, par George EDEBOHLS (*The Amer. Journ. of the med. sc., p. 650, juin 1895*).

L'inversion du moignon de l'appendice pourrait être substituée à la ligature dans tous les cas d'appendicite aiguë où l'on serait forcé d'appliquer cette dernière. Dans l'appendicite chronique l'appendice tout entier, ou son moignon, pourrait être invaginé, surtout dans les cas d'appendice non coupé. Dans toutes les cœlotomies opérées pour toute autre raison que l'appendicite, on pourra invaginer en entier l'appendice normal, surtout s'il est facilement et sûrement accessible. F. VERCHÈRE.

Contribution à l'étude de la rectite proliférante, par H. FRAGNAUD (*Thèse de Paris, n° 535, 1895*).

Au point de vue anatomo-pathologique, l'auteur considère la rectite proliférante comme un processus dont les causes sont multiples, mais qui constitue un syndrome clinique bien déterminé. On peut lui constituer trois périodes : une période prémonitoire ou de rectite, une période de prolifération, une période de rétrécissement. La première et la troisième sont constantes. D'après l'auteur, de là la gravité du pronostic tant du fait de la maladie elle-même que de ses complications et de sa tendance fâcheuse à la repullulation après l'opération. L'auteur recommande comme traitement l'ablation du rectum précédée de la création d'un anus iliaque qui permette de dériver le cours des matières et d'assurer l'asepsie ultérieure de la plaie opératoire. F. VERCHÈRE.

Die Colofixation bei Mastdarmprolaps (La colofixation dans le prolapsus du rectum), par SARFERT (*Wiener med. Blätt., n° 36, 1895*).

Une femme de 70 ans, ayant de l'artériosclérose prononcée, de la bronchite diffuse, du prolapsus utérin, une escarre au sacrum, présentait un prolapsus rectal long de 12 centimètres. Divers traitements ayant échoué, on fit au voisinage de la crête iliaque gauche une incision courbe longue de 8 centimètres,

par laquelle l'intestin fut attiré en haut. Le mésocôlon, qui était très lâche, fut fixé au péritoine pariétal par cinq points de suture ; trois autres points, n'intéressant que les tuniques séreuse et musculaire, fixèrent l'intestin lui-même. Puis la paroi fut suturée par étages. Guérison sans incidents. Garde-robe au bout de quatre jours. La guérison se maintenait complètement au bout de 2 mois et demi. LEFLAIVE.

I. — The diagnosis and surgical treatment of cases of embolism and thrombosis of the mesenteric blood-vessels with reports of cases, par WATSON (*Boston med. and surg. Journ.*, *6 décembre 1894*).

II. — A report of three cases of embolus of the mesenteric artery with remarks on the subject, par LOTHROP (*Ibid.*, *6 déc. 1894*).

I. — Une femme de 50 ans, présentant les symptômes d'une occlusion intestinale, entre à l'hôpital, où elle succombe après laparotomie. Autopsie : le côlon ascendant est accolé au péritoine pariétal par de légères adhérences; il est très congestionné, de couleur chocolat; on y voit même çà et là quelques foyers sous-séreux d'extravasations hémorragiques; cœcum et appendice normaux; on ne trouve ni stricture ni aucune des causes qui d'habitude provoquent l'obstruction intestinale. A l'examen de la mésentérique supérieure, la palpation révèle vers sa base une aire d'épaississement dans laquelle on perçoit de petites masses dures, arrondies, allongées, semblant être des branches mésentériques secondaires obturées par des thrombi.

W. estime qu'il s'agit ici d'un cas d'occlusion de vaisseaux mésentériques avec lésions intestinales consécutives.

II. — Le diagnostic d'embolie ou de thrombose des vaisseaux mésentériques est des plus difficiles, car les symptômes se rapprochent beaucoup de ceux de l'étranglement intestinal. Dans les trois cas que L. analyse, le diagnostic ne fut porté qu'après autopsie.

Relativement à la classification, cet auteur considère trois conditions :

L'embolie est suffisamment volumineuse pour obstruer l'artère près de son origine; la mort est alors inévitable, l'embolie provoquant une immédiate suspension de l'irrigation sanguine du jéjunum, de l'iléon, du côlon ascendant et transverse.

L'embolie occupe bien le tronc principal de l'artère, mais laisse perméable l'iléocôlique et quelques branches de l'intestin grêle; la mort survient dans ce cas par péritonite, résultat de la gangrène ou d'une perforation, si l'on n'intervient pas, la résection de l'intestin faite en temps opportun pouvant sauver le malade.

L'embolie peut être assez minime pour pénétrer dans les branches intestinales sans résultats sérieux secondaires, la circulation collatérale faisant rapidement la suppléance.

Dans les deux premiers cas, le traitement est purement chirurgical; dans le troisième, la nature fait le nécessaire. CART.

Invagination; Naturheilung, Tod durch Inanition, par R. KÖHLER (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 6, p. 135, 11 février 1895*).

Femme de 37 ans, atteinte depuis 7 ans d'une constipation opiniâtre; issue de mucus et de sang par le rectum, même en dehors des garde-robes. En 1890, pendant 7 semaines, dilatation du rectum à l'aide de bougies ; en 1891, colotomie. Depuis lors, issue exclusive des matières solides par l'anus artifi-

ciel. Après quelques jours de diarrhée intense, le 29 avril 1893, la malade est prise de coliques. Etat le 2 mai : 36° 4, hoquets continus et vomissements bilieux. Le ventre n'est douloureux à la pression qu'au-dessous du nombril, où l'on voit et sent une tumeur en boudin s'étendant de la région iléocœcale à l'anus contre nature ; par instants, cette tumeur offre des contractions douloureuses suivies de l'évacuation par l'anus artificiel de matières d'une odeur fétide cadavérique, de couleur presque noire, et renfermant souvent d'assez gros caillots. Le doigt ne peut pénétrer que de quelques centimètres dans le rectum ; plus haut, l'intestin atrésié est formé de tissu calleux ; par le toucher vaginal, le rectum apparaît comme un cordon dur, de l'épaisseur du doigt. Sous l'influence de l'opium, l'état général d'abord s'améliora, en même temps que la tumeur devint moins manifeste et disparut même, mais les selles gardèrent leur fétidité spéciale. Le neuvième jour de la maladie, on trouva dans l'anus artificiel l'extrémité en lambeaux d'un tronçon du gros intestin long de 49 centimètres, sur lequel on distinguait encore un peu la séreuse et la musculeuse, tandis qu'il ne restait pas trace de muqueuse.

Deux semaines après l'élimination de cette invagination, les selles à odeur cadavérique cessèrent. Au bout de 4 semaines, la malade se trouvait dans un état relativement satisfaisant, mais qui dura peu. Les vomissements reparurent et la mort par inanition arriva 2 mois après le début de la maladie.

Autopsie. Absence de péritonite. Côlon transverse très abaissé et soudé au côlon descendant au niveau de l'anus artificiel. Intégrité de l'estomac et de l'intestin grêle. De l'extrémité anale du rectum jusqu'à deux travers de main au-dessous de l'abouchement de l'intestin grêle dans le gros intestin, toute la muqueuse intestinale est détruite par des ulcérations ; elle ne persiste que par petits îlots de loin en loin. Le côlon, en vertu de la rétraction des cicatrices, admet difficilement la branche des ciseaux ; la lumière du rectum ne dépasse guère les dimensions d'un crayon. Le côlon frappe par sa brièveté anormale (1/2 mètre), mais nulle part on n'aperçoit le point au niveau duquel se sont produites la gangrène et l'élimination. J. B.

Zur Behandlung der Darminvagination (Traitement de l'invagination intestinale), par RYDYGIER (*Deutsche Zeitschr. f. Chir., XLII, 1 et 2, p. 101-124, 1895*).

L'auteur a distingué nettement l'invagination aiguë et l'invagination chronique, et a étudié la question d'après 141 cas, dont l'observation de plusieurs lui est personnelle. Chacune des deux affections comporte un traitement spécial. Dans l'invagination aiguë, il faut avoir recours au plus tôt à l'intervention chirurgicale, c'est-à-dire à la laparotomie et à la désinvagination, avec utilisation de la gaze iodoformée dans les cas où l'intestin est malade. Si la désinvagination semble impraticable, il faut pratiquer la résection, et la résection totale de la tumeur, si l'on craint l'imperforation. L'anus contre-nature et l'entéroanostomose doivent être rejetés. Dans les cas de collapsus grave, l'anus contre nature pourra peut-être, à la rigueur, être la solution désirable.

Dans l'invagination chronique, l'intervention sanglante doit le plus possible être reculée, sans toutefois dépasser quelques semaines ; on choisira pour intervenir une période correspondant à l'intervalle des accès. L'opération consistera dans la désinvagination, et, en cas d'échec, dans la résection de la partie invaginée. MARCEL BAUDOUIN.

Contribution à l'étude de l'anémie hémorroïdaire, par E. QUETIN (*Thèse de Paris, n° 452, 1895*).

Sous l'influence d'hémorragies abondantes ou répétées, certaines hémorroïdes produisent un état pathologique spécial, l'anémie hémorroïdaire. Cet état, peu grave au début, peut déterminer une véritable cachexie avec teinte jaune de la peau, œdème et parfois hydropisie. Il existe des cas de mort. Cette anémie est semblable à celle des affections telles que le cancer, la maladie de cœur, la phtisie, etc., et peut être confondue avec elles.

L'intervention chirurgicale, rapide et immédiate, sera le seul traitement à proposer. F. VERCHÈRE.

Cure radicale des hernies, par HALSTED (*The Amer. Journ. of the med. sc. p. 13, juillet 1895*).

Le cordon inguinal, s'il est l'origine des hernies, est aussi l'obstacle le plus évident à la cure radicale ; c'est lui qu'il faut observer, ménager, conserver, et dont le volume empêche de fermer complètement le trajet. Dans ce cordon, les veines tiennent une grande place, quelques-unes, celles que l'on supprime dans l'opération du varicocéle peuvent être regardées comme insignifiantes et être sectionnées sans que l'atrophie du testicule en soit le résultat. Aussi l'auteur recommande-t-il de faire la résection de ces veines lorsque dans la cure radicale elles forment un trop gros plexus.

L'autoplastie inguinale est une modification du procédé de Bassini. Après avoir incisé la paroi antérieure du canal au-dessous du sac, on continue cette incision sur la même ligne en haut et en dehors, entamant l'oblique interne et le transverse dans l'étendue d'un doigt au moins. On divise les faisceaux musculaires à angle droit et on a ainsi deux lambeaux musculaires qu'on peut introduire dans le canal et comprendre dans les points de suture profonds. Les faisceaux supérieurs du cremaster pourront parfois être utilisés dans le même but. En résumé, l'auteur, par son procédé, ferme la plaie herniaire comme toutes les plaies de l'abdomen, excepté que dans la cure de hernie il suture le péritoine séparément.

Sur 165 cures radicales, l'auteur n'a pas eu une seule mort. F. VERCHÈRE.

Casuistiche Beitrag zur Excision der Bruchpforte bei der Radical Operation von Nabelbrüchen und Brüchen in der Linea alba post laparotomia (Omphalectomie et cure radicale des hernies ombilicales), par von BRŒCKEL (*Archiv für klin. Chir., L, 3, p. 535-543, 1895*).

Une femme de 42 ans est opérée sans difficulté; la hernie est circonscrite par deux incisions courbes ; le contenu du sac non adhérent est réduit après excision d'une partie du sac ; suture à trois étages ; guérison de la plaie par première intention.

Plus compliquée fut l'opération dans un second cas. Le sujet était une femme de 44 ans qui, à la suite de sa dernière couche, datant de 10 ans, fut atteinte d'une volumineuse hernie ombilicale.

Même procédé opératoire que dans le cas précédent, c'est-à-dire double incision arciforme de Condamin. Mais ici on fut obligé d'inciser le péritoine dans toute l'étendue des adhérences avec le côlon, ainsi que le grand épiploon ;

suture à trois étages; suites opératoires troublées par une broncho-pneumonie et par une suppuration de la partie inférieure de la plaie; guérison au bout de six semaines. M. B.

Contribution à l'étude de la chirurgie de l'intestin; du sarcome primitif de l'intestin grêle, par BRAULT (*Arch. gén. de méd., juillet 1895*).

Un homme de 23 ans a, depuis le mois de novembre 1893, maigri, perdu des forces et éprouvé des douleurs dans le ventre; au printemps, il sent qu'il existe une tumeur; au mois de juin 1894, on note un état nauséeux très accentué, un ventre ballonné avec selles régulières, et l'on trouve deux tumeurs: l'une, grosse comme une tête de fœtus, dans le flanc gauche, l'autre, plus petite, à l'hypogastre; elles sont fermes, mobiles, sonores; on crut à des tumeurs du mésentère; une laparotomie exploratrice, pratiquée le 1er juillet, permet de voir une tumeur ovoïde, gris rosé, avec adhérences de deux anses intestinales; on crut encore à deux tumeurs du mésentère. Guérison opératoire en 8 jours, suivie d'une amélioration des troubles gastriques, puis rechute et mort le 2 octobre.

A l'autopsie, on trouva une ascite énorme, le côlon très distendu; à la dissection seulement, on constate que les tumeurs sont deux dilatations ampullaires de l'intestin, adhérant à de nombreuses anses intestinales sur presque toute la surface; la première, la plus grosse, occupe le commencement de l'iléon; la seconde, la fin, à 20 centimètres de la valvule de Bauhin; la première pèse 1 kilogramme et mesure 20 centimètres sur 18; la deuxième pèse 700 grammes et mesure 16 sur 15 centimètres; les parois de ces vastes cavités mesurent 2 centimètres d'épaisseur; la face interne est tomenteuse; pas de généralisation. L'examen histologique montra des cellules embryonnaires rondes à gros noyau. C'était un sarcome globo-cellulaire typique, ayant débuté dans la sous-muqueuse, comme on put le voir dans deux petits noyaux cancéreux de l'iléon. H. L.

Cancer du cæcum, par ADAM (*Tribune méd., 5 juin 1895*).

1° Homme de 53 ans, atteint de troubles digestifs divers et d'une tumeur immobile de la fosse iliaque droite qui, de plus, était dure, inégale et adhérente à la peau. Amaigrissement; teinte jaune paille. Tentative vaine d'ablation; perforation d'un cloaque rempli de matières fécales; mort trois semaines plus tard; à l'autopsie, on trouve un épithélioma du cœcum développé à quelques centimètres au-dessus de la valvule.

2° Homme de 45 ans: symptômes de dyspepsie ancienne et depuis 6 mois amaigrissement et vives douleurs autour de l'ombilic. Dans la fosse iliaque droite, profonde tumeur, de la grosseur du poing, dure, peu mobile et sans adhérences avec la peau. Laparotomie exploratrice qui fait constater une généralisation cancéreuse. L'autopsie montre que les principaux bourgeons néoplasiques entourent la valvule de Bauhin, qui est très rétrécie. OZENNE.

Resection eines Dickdarmcarcinoms ohne Recidiv, par J. ISRAEL (*Berlin. klin. Woch., n° 5, p. 110, 4 février 1895*).

Femme de 84 ans admise pour des symptômes d'occlusion chronique de l'intestin. Dans l'impossibilité de trouver le siège de l'étranglement, Israe pratiqua un anus artificiel qu'il crut établir aux dépens de l'S iliaque. Les symptômes d'occlusion disparurent. Peu à peu, il se fit, par l'anus artificiel, un prolapsus d'une invagination volumineuse d'un pied d'intestin offrant à son sommet le cancer vainement cherché. Mais, chose curieuse, ce prolapsus

provenait du bout ascendant de l'intestin. Comme il était d'autre part indubitable que l'anus artificiel était en amont de la tumeur qui obstruait l'intestin, le bout ascendant devait être l'efférent; il y avait donc une situation anormale du gros intestin. Opération le 8 septembre 1893. La résection du segment invaginé avec le cancer montra que celui-ci siégeait sur le côlon transverse. L'anus artificiel avait été créé sur le côlon transverse. Pour s'expliquer cette singularité, Israel admit qu'à partir du coude droit, le côlon transverse se dirigeait d'abord obliquement en bas et à gauche jusque dans la fosse iliaque gauche, puis, décrivant un angle aigu, remontait verticalement vers le coude gauche du côlon; de ce dernier point, le côlon iliaque gauche descendait en arrière de la portion ascendante du côlon transverse, jusqu'à l'S iliaque.

La femme a survécu en parfaite santé durant 16 mois et demi avant de succomber à une pneumonie double. L'autopsie a révélé que le trajet du gros intestin était bien celui imaginé par Israel et qu'il n'y avait pas trace de récidive. J. B.

Fistule pyo-stercorale complexe : ouverture de la poche, libération des anses; suture latérale; anus contre nature; entérectomie; guérison, par M. DURAND (*Arch. prov. de chir., p. 532, août 1895*).

Fille de 19 ans. En juillet 1892, salpingo-ovarite suppurée, incision au niveau de l'arcade de Fallope, guérison en deux mois. En octobre 1893, douleurs du côté des annexes. Au toucher empâtement dans les deux culs-de-sac, pas de collection. Le 12 octobre, laparotomie médiane. L'ovaire droit, prolabé dans le Douglas est libéré et enlevé. Il est gros et kystique. La trompe enlevée est saine. Suites opératoires simples, mais 8 jours après on doit enlever les points de suture inférieurs pour donner issue à une petite collection purulente paraissant développée autour d'un fil profond. Quelques jours après, issue de liquides digestifs. Bientôt l'orifice s'aggrandit et se comporte comme un anus contre nature. Opération de cette fistule pyo-stercorale. Incision de la poche purulente, intermédiaire entre l'orifice externe et l'orifice de l'intestin. Au niveau de celui-ci libération des deux orifices intestinaux, fonctionnant comme un véritable anus. On pénètre alors dans le péritoine et on rompt toutes les adhérences qui fixaient l'intestin à la paroi. Un rang de sutures séro-séreuses est appliqué sur chacune des perforations, et on laisse la paroi largement ouverte. Il se fait d'abord une hernie de plusieurs anses sous le pansement, puis trois semaines après par rétraction, la cicatrisation était complète sauf en deux points. Deux fistules dont une très large laissait écouler des matières. Celle-ci présente une grosse tumeur formée par la muqueuse qui fait saillie de 1 centimètre environ, au sommet de laquelle est l'orifice d'où s'échappe le contenu intestinal.

Nouvelle intervention deux mois après. Ablation des orifices fistuleux et de la paroi par une incision losangique ouvrant largement le péritoine. Libération des anses intestinales adhérentes. On fait l'entérectomie de la portion intestinale, avec suture circulaire par deux plans. On réduit l'anse suturée. Suture de la paroi. L'opération a duré deux heures.

La guérison se fit sans accident, et est restée parfaite. VERCHÈRE.

Un cas d'anus vulvaire; remarques sur la communication congénitale du rectum et de la vulve, par Thomas DWIGHT (*The Amer. Journ. of the med. sc., p. 433, avril 1895*).

Femme âgée de 32 ans, vierge en apparence. On ne trouvait pas d'anus, le rectum s'ouvrait dans la vulve exactement au niveau de la commissure

postérieure par un orifice pouvant admettre le pouce. La vulve, d'autre part, était normale. L'hymen était pauvrement représenté. Pendant la vie aucune dépression, aucun indice ne révélait la place de l'anus normal, mais après cette dissection on pouvait trouver un repli très distinct de la peau à 2 centimètres et demi en arrière de la vulve. La peau, ni la muqueuse vulvaire n'étaient irritées par le passage des matières.

Le rectum, à l'autopsie, présentait des dispositions normales, n'était nullement dilaté, semblait même plus petit. La bande musculaire longitudinale paraît extraordinairement développée. On ne trouve aucun sphincter à l'extrémité du rectum. Le vagin est normal. Le releveur de l'anus très puissant.

F. VERCHÈRE.

I. — Exstirpation einer Wandermilz mit Achsendrehung des Stieles, par A. RUNGE (*Berlin. klin. Woch., n° 16, p. 346, 22 avril 1895*).

II. — Splénectomie suivie de mort, par J. ISRAEL (*Ibidem, n° 40, p. 664, 29 juillet 1895*).

III. — Splenectomia da enorme tumore malarico, par Eriberto AIEVOLI (*Riforma med., n° 9, janvier 1895*).

I. — Femme de 12 ans, nullipare. Laparotomie. La tumeur formée par la rate hypertrophiée et congestionnée, a un pédicule très long et présente des adhérences multiples au grand épiploon. Le ligament gastro-splénique, étiré, est tordu une fois autour de son axe avec la queue du pancréas. Section après ligature des adhérences épiploïques, détortillement du pédicule avec ligature double de ses vaisseaux ; ablation de la rate au ras du pancréas et suture de la surface du pédicule ; quelques-unes des sutures pénètrent dans le tissu pancréatique. Fermeture de la plaie abdominale. La rate enlevée a 17cm,5 de longueur, 12 centimètres de largeur, 6 centimètres d'épaisseur et pèse 850 grammes. Les veines de son hile sont pleines de caillots, tandis que les artères sont perméables. Le tissu splénique, très congestionné, offre par place des extravasats sanguins : guérison rapide. A partir de la quatrième semaine, le chiffre des leucocytes qui était resté en moyenne de 1 sur 100, commence à diminuer. On n'a noté ni diminution des hématies, ni cellules éosinophiles, ni gonflement des ganglions lymphatiques ou de corps thyroïde.

La torsion du pédicule des rates flottantes paraît moins rare qu'on ne le croyait. Ledderhose (*Deutsche Chirurgie*) a cité les cas de Rokitansky, de Helm et Klob, de Babesiu, Dittel (*R. S. M.*, XXXIII, 225), Quiquerez et de Vörgtel. Il faut y joindre ceux de Mc Naughton (*Americ. j. of the med. sc.*, 1889), Klein (*Münchener med. Woch.*, 1889), de Sutton (*R. S. M.*, XLII, 277), de Koerte (*R. S. M.*, XLIII, 658), et de Heurteaux (*Gaz. méd. Paris*, 1893.)

II. — Homme de 56 ans chez lequel Israël fit la splénectomie (le motif de l'opération n'est pas indiqué). 24 heures plus tard, alors que la guérison de la plaie s'annonçait bien et sans façon, le malade tomba dans le sopor ; augmentation considérable de la fréquence du pouls, respiration de Cheyne-Stokes, rigidité spasmodique des muscles des extrémités, jointe à un état cataleptique ; albuminurie légère. Mort le huitième jour après l'opération, sans que l'autopsie en ait révélé le mécanisme. J. B.

III. — Laparotomie chez une femme de 23 ans, pour une tumeur intra-abdominale, dont le diagnostic probable fut : hypertrophie malarienne de la rate, avec migration de l'organe.

Malgré qu'il y eut infection de la plaie, la malade guérit : puis elle succomba deux mois après, à la suite d'accidents pulmonaires de nature tuberculeuse.

A l'autopsie, l'abdomen fut trouvé en assez bon état : quelques adhérences, pédicule cicatrisé.

La rate, aussitôt après l'opération, pesait 3,300 grammes : vide de sang, elle pesait 2,320 grammes.

Ses dimensions étaient : longueur $0^m,45$; largeur $0^m,22$; circonférence minima : $0^m,40$; épaisseur $0^m,08$. MAUBRAC.

Des épanchements uro-hématiques péri-rénaux à la suite des contusions du rein par TUFFIER (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., mars 1895*).

A la suite de contusions du rein, Tuffier a observé une légère hématurie, puis une tuméfaction périrénale accompagnée de fièvre. Lorsque le foyer uro-hématique s'est évacué par le bassinet (hématurie de couleur noire), ou résorbé, la fièvre tombe et la guérison survient. Le repos, le lait, l'opium constituent tout le traitement. Dans les cas graves seulement, l'intervention chirurgicale est indiquée. R. JAMIN.

Beiträge zur Lehre von den Nierenverletzungen (Traumatismes du rein), par GUTERBOCK (*Arch. f. klin. Chir., LI, 2, p. 225-268, 1895*).

Ce travail s'appuie sur environ 1,000 autopsies judiciaires. Les lésions circumrénales sont beaucoup plus fréquentes que les lésions de la substance du rein. A part les extravasats provenant du hile, on trouve peu d'indications sur la cause des épanchements sanguins circumrénaux. L'importance clinique de ces derniers est souvent accrue par des complications du côté de l'appareil digestif ou des symptômes inflammatoires de la paroi abdominale. Ces épanchements sont, en outre, importants comme points de départ de suppurations péri et paranéphritiques. La résorption progressive avec terminaison par *restitutio ad integrum* est une transformation fréquente de ces épanchements.

L'auteur admet l'existence d'un rein mobile traumatique. Un rein décapsulé ne peut devenir véritablement mobile que si, en dehors de la capsule adipeuse, les autres moyens d'attache sont insuffisants.

Les lésions sous-cutanées de la substance du rein les plus simples sont celles qui se rattachent aux lésions circumrénales ; les déchirures sont les plus fréquentes ; l'écrasement est très rare. La majorité de ces lésions doit être attribuée à une réduction totale considérable et soudaine de l'espace, à une sorte de pression hydraulique. MARCEL BAUDOUIN.

Quelques remarques sur les pyonéphroses, par F. GUYON (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., janvier 1895*).

Le diagnostic différentiel des hydronéphroses et des pyonéphroses est impossible, ces deux sortes de rétention présentant les mêmes symptômes. L'examen du rein chez les malades, qui accusent une lésion urétrale ou vésicale, est le seul moyen de constater une rétention rénale. Les grandes quantités de pus proviennent du rein, surtout du rein atteint de rétention incomplète. Les pyonéphroses sont plus fréquentes chez la femme et du côté droit. Les phénomènes vésicaux existent toujours quand la lésion rénale est confirmée, ils sont dûs souvent au réflexe réno-vésical. Le réflexe réno-rénal est rare. L'exagération des symptômes coïncide avec la cessation de la pyurie. Les douleurs rénales et la fièvre sont dues à la rétention avec tension rapide.

Le traitement vésical suffit souvent à amener la guérison spontanée chez les prostatiques et les rétrécis ; cependant le rein continue à suppurer.

La néphrotomie est indiquée lorsque la rétention s'accompagne de fièvre, d'amaigrissement, de la perte des forces. R. JAMIN.

Étude sur le rein mobile, par ALBARRAN (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, *juillet 1895*).

D'après les recherches d'Albarran, l'on doit opérer tous les reins mobiles atteints d'autres maladies. Les accidents mécaniques ou douloureux seront conjurés par un bandage ou l'opération. Pour les accidents hystériques ou neurasthéniques, l'on n'opérera que si le bandage est insuffisant. De même pour l'entéroptose et le rein mobile ne déterminant aucun accident. R. JAMIN.

D'une nouvelle opération de néphropexie, par POULLET et VULLIET (*Lyon méd.*, *26 mai 1895*, *et Revue méd. Suisse romande. XV*, *n° 6*, *p. 326*).

Vulliet a eu l'idée d'appliquer à la fixation du rein le procédé de cure radicale des hernies imaginé par Poullet (*R. S. M.*, XLIV, 306). Des expériences sur deux chiens leur ayant prouvé qu'un tendon dévié et greffé est susceptible de continuer à vivre indéfiniment lorsqu'on laisse intacte une de ses insertions, Poullet a eu, le 25 avril 1895, une première occasion de pratiquer l'opération nouvelle que Vulliet décrit ainsi :

1er *temps*. On fait dans le flanc l'incision ordinaire pour arriver extrapéritonéalement sur le rein. Celui-ci, mis à découvert, un aide le refoule vers la plaie, l'opérateur l'attire et s'assure qu'il pourra suffisamment l'amener au dehors pour procéder de visu aux manœuvres nécessaires pour y faire passer le tendon ; le rein est ensuite abandonné, la plaie capitonnée de gaze et fermée provisoirement avec des pinces à griffes.

2e *temps*. La malade est inclinée davantage sur le flanc de manière à présenter son dos. A deux centimètres de l'épine dorsale et parallèlement à elle, on pratique une incision de 8 centimètres dont le milieu doit correspondre à la première vertèbre lombaire ; l'aponécrose dorsale incisée sur la sonde cannelée et les tissus écartés, on trouve la série des faisceaux tendineux par lesquels le muscle long dorsal s'insère aux apophyses épineuses. On charge sur une aiguille de Deschamps, celui de ces tendons qui s'insère à l'apophyse épineuse de la première lombaire ; on le soulève jusqu'à ce qu'on puisse insinuer deux doigts dessous ; alors en exerçant des tractions, le ruban tendineux, qui est large comme un gros lacet de bottine et long de 22 à 24 centimètres, finit par arracher ses insertions musculaires vers l'épaule. Il porte à son extrémité des lambeaux de muscles dont on enlève une partie par raclage ; c'est là le futur ligament rénal.

3e *temps*. La plaie d'accès vers le rein est rouverte et l'opérateur plonge sa main dans la loge du rein, à travers la paroi postérieure de laquelle il fait de la palpation bimanuelle jusqu'à ce que ses doigts se sentent les uns les autres dans l'espace qui sépare les apophyses transverses de la douzième dorsale et de la première lombaire. Au moyen d'un long et fort stylet, il transperce la couche musculaire de dedans en dehors et passe le tendon dans l'ouverture du stylet. Celui-ci retiré, le tendon sort dans la loge du rein et tout est prêt pour le dernier temps.

4e *temps*. Le rein est amené suffisamment au dehors pour pouvoir être

transpercé en séton, de bas en haut, sur sa face postérieure, près de son bord externe. On utilise pour cela une spatule métallique mousse, un peu plus large que le tendon et munie d'un châs. La spatule pénètre sous la capsule au niveau du troisième quart inférieur du rein pour ressortir au niveau du quart supérieur. L'extrémité du tendon est chargée au moyen d'un fil sur le chas. Une fois le tendon bien engagé, on retire la spatule et le tendon vient ressortir à la partie inférieure du rein. Hémorragie à peine notable. Le rein remis en place, l'extrémité du tendon est passée de nouveau à travers la paroi musculaire postérieure de la cavité abdominale, cette fois de dedans en dehors, puis son bout libre est fixé par des sutures métalliques à la plaie. Les chefs de ce fil ressortent de la peau après avoir décrit dans la profondeur un huit de chiffre.

Suites absolument apyrétiques ; aucune douleur dorsale. J. B.

Résultats de la néphrorraphie....., par LAFOURCADE (*Cong. gyn. Bordeaux, août 1895*).

L'auteur, dans 14 cas de rein mobile, a pratiqué la néphrorraphie qui lui a donné 12 guérisons, 1 insuccès et 1 mort due à une syncope, le huitième jour. Sauf deux opérations récentes, les dix autres sont anciennes et ont été suivies de la disparition des accidents douloureux et des troubles dyspeptiques avec retour complet à la santé. OZENNE.

Surgery of the ureter, par Christian FENGER (*Trans. of the Amer. surg. Ass., XII, p. 129*).

F. résume dans cet intéressant mémoire les nombreux travaux (l'index bibliographique compte 79 indications) publiés sur la chirurgie des uretères, au point de vue pathologique et thérapeutique.

Voici les conclusions : Les blessures accidentelles et les ruptures sous-cutanées des uretères n'ont pas encore été l'objet de procédés chirurgicaux directs sur l'uretère au siège de la lésion. L'intervention est justifiée lorsque le diagnostic peut être établi.

Le cathétérisme des uretères, destiné à compléter le diagnostic d'une maladie rénale n'est pratique que chez la femme; chez l'homme il ne peut se faire qu'après une taille sus-pubienne. Pawlik l'a pratiqué une fois pour vider un foyer de pyonéphrose, il est préférable de recourir à la néphrotomie.

La dilatation des rétrécissements de l'uretère par des bougies élastiques a été tentée par la vessie par Kelly avec succès temporaires.

L'uretéro-lithotomie est une bonne opération par la méthode extra-péritonéale.

L'uretérotomie intra-péritonéale ne doit être pratiquée que lorsque la précédente est impossible.

Dans la formation de valves ou de sténoses uretérales causant des hydro ou des pyonéphroses ou une fistule rénale permanente, la néphrotomie doit être suivie par l'exploration des uretères dans toute leur longueur.

Si l'orifice rénal des uretères ne peut être trouvé par la plaie rénale il faut alors pratiquer l'uretérotomie.

Un rétrécissement uretéral peut être traité par une opération plastique sur le plan de l'opération Heinecke-Mikulicz pour la sténose pylorique. Ce

mode d'opérer les sténoses uretérales semble préférable à la résection (opération de Küster) : c'est une opération plus conservatrice.

La résection de l'extrémité supérieure des uretères et l'implantation du bout inférieur dans le bassinet peuvent être utiles dans leur rupture ou la section de rétrécissement de l'extrémité supérieure des uretères (Küster). Dans des cas similaires, l'opération plastique que l'auteur a proposée est préférable ; sa technique en est plus simple.

Les uretères sont accessibles par une incision extra-péritonéale, une continuation de l'incision oblique de la néphrotomie lombaire, de la 12e côte en bas, le long et 3 centimètres antérieurement à l'iléon et le long du ligament de Poupart jusqu'au milieu environ. Cette incision donne accès aux trois quarts supérieurs des uretères et en bas à quelques centimètres au-dessus de la vessie.

Les portions vésicales et pelviennes des uretères peuvent être atteintes par l'opération sacrale, par une résection ostéoplastique temporaire du sacrum. Chez la femme, les portions vésicales des uretères sont accessibles par le vagin.

Les fistules uretéro-utérines peuvent être traitées par l'occlusion plastique du vagin ou par la néphrectomie. L'implantation des uretères dans la vessie est, dans les circonstances favorables, l'opération de l'avenir pour cet état.

Les fistules uretéro-vaginales et les terminaisons congénitales des uretères dans l'urètre ou le vagin doivent être traitées par l'opération plastique vaginale pour l'implantation des uretères dans la vessie.

Les lésions transverses complètes dans la continuité des uretères sont passibles de l'uretéro-uretérostomie d'après la méthode de van Hook : implantation latérale. Les lésions transverses complètes de l'extrémité supérieure des uretères doivent être traitées par l'implantation des uretères dans le bassinet (Küster).

Les lésions transverses complètes des uretères près de la vessie nécessitent l'implantation dans la vessie.

Les pertes de substances des uretères de trop d'étendue pour permettre l'uretéro-uretérostomie ou trop élevées pour que l'implantation dans la vessie soit possible, peuvent être traitées par l'implantation à la peau ou dans l'intestin. Ce procédé a le grave inconvénient d'une infection plus ou moins rapide.

L'implantation à la peau dans la région lombaire ou abdominale, peut être suivie d'une néphrectomie secondaire qui est beaucoup moins dangereuse que l'opération primitive. CART.

Calculs, fistules et rétrécissements de la portion lombo-iliaque de l'uretère, par ALBARRAN (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., mars 1895*).

Les calculs engagés dans l'uretère donnent souvent lieu à une fistule ou à un rétrécissement de l'uretère. Une fois le calcul enlevé, Albarran fait la suture de l'uretère pour les lésions aseptiques ; il laisse seulement un drain dans les cas de lésions septiques. Dans tous les cas, il pratique le cathétérisme uretéral. S'il existe un rétrécissement, il laisse à demeure une sonde urétérale en gomme souple, qu'il fait aboucher soit à la peau, soit à la vessie. L'auteur a pu faire, dans certains cas, l'urété-

rotomie interne, abordant l'uretère par la voie extra-péritonéale. Ce procédé lui a permis d'éviter la néphrectomie. R. JAMIN.

Uretéro-néo-cystostomie pour remédier à une blessure de l'uretère au cours d'une laparotomie; guérison; résultats éloignés, par S. POZZI (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., mai 1895*).

Neuf mois après l'opération, Pozzi a constaté que la quantité d'urine était normale, que les reins n'étaient ni douloureux, ni augmentés de volume. Mictions normales, parfois suivies de douleurs lombaires. Etat général bon. L'uretère s'est un peu dilaté par suite du reflux de l'urine quand la vessie était distendue. R. JAMIN.

Contribution à l'étude de la chirurgie de l'uretère, par L. GLANTENAY (*Thèse de Paris, 1895*).

La voie extra-péritonéale est la meilleure et l'extrémité inférieure du rein le repère le plus sûr pour la dénudation rapide de cet organe et pour la découverte chirurgicale de l'uretère lombaire.

L'uretère pelvien doit être cherché par la voie iliaque au niveau de son croisement avec l'artère iliaque externe.

La voie vaginale est réservée à la portion juxta-vésicale de l'uretère. La taille hypogastrique doit être faite transversalement pour la recherche des orifices uretéraux.

Le cathétérisme de l'uretère est le seul moyen permettant d'affirmer l'absence de calcul. L'incision du bord convexe du rein est préférable à la pyélotomie. La suture de l'uretère pathologique est plus avantageuse que la suture de l'uretère normal. Dans la néphrectomie, il faut s'inquiéter de l'état de l'uretère en vue des fistules post-opératoires.

R. JAMIN.

Anatomie chirurgicale de la vessie, par Paul DELBET (*Thèse de Paris, 1895*).

De très nombreuses recherches cadavériques et observations cliniques ont permis à Paul Delbet d'établir d'une façon définitive certains points jusque-là contestés ou obscurs de l'anatomo-physiologie de la vessie au point de vue chirurgical. C'est ainsi qu'il étudie successivement et précise la capacité, la forme, les dimensions, la direction et la mobilité de la vessie, avec leurs variations physiologiques et pathologiques. La loge vésicale, avec ses parois antérieure, postérieure, latérales et inférieure (périnée), est l'objet d'une description spéciale et détaillée, qui fixe les rapports de ce viscère avec les organes voisins et notamment avec le péritoine. Cette excellente étude anatomique se termine par différents aperçus nouveaux sur la cavité vésicale et sa muqueuse. R. JAMIN.

Des migrations dans la vessie et dans l'urètre des séquestres inflammatoires d'origine pelvienne, par G. GAYET (*Archives prov. de chir., p. 621, octobre 1895*).

Un séquestre étant donné, formé aux dépens du fémur ou du bassin, plusieurs terminaisons peuvent se présenter. Il tend à s'éliminer; s'il

peut se frayer un passage à l'extérieur, il sera facilement extrait; s'il se rend dans le rectum, il aura recouvré rapidement toute sa liberté. Il n'en sera pas de même s'il se rend dans la vessie. Il n'y a qu'une étape de franchie et le plus difficile reste à faire. Chez la femme, grâce à la brièveté et à l'élasticité de son urètre, ce dernier pas peut encore se faire. Chez l'homme, il en est tout autrement. Il y a, d'ordinaire, une période de calme qui peut être fort longue. Le séquestre peut être enchatonné ou bien il est supporté. Puis des symptômes de cystite se montrent, auxquels se joignent bientôt les signes des calculs. C'est la deuxième période, phase de cystite calculeuse. Enfin, si l'on n'est pas intervenu, survient une 3e période, celle de l'expulsion naturelle, en entier ou plutôt par fragments des séquestres intra-viscéraux. Souvent cette expulsion ne peut être complète ; il y a arrêt des fragments dans tel ou tel point du canal de l'urètre d'où accidents de rétention, abcès urineux et fistules, ou bien infiltration d'urine. F. VERCHÈRE.

Ueber die Festigkeit und Elasticität der Harnblase (De la solidité et de l'élasticité de la vessie), par STUBENRAUCH (*Archiv für klin. Chir.*, *LI*, *2*, *p. 386-436*, *1895*).

Pour produire une déchirure traumatique de la vessie, il faut qu'une force motrice agisse sur celle-ci avec une intensité suffisante, lorsque l'organe est rempli jusqu'à un certain point. La nature et le lieu du choc sont d'importance secondaire ; la force peut agir dans la région vésicale ou loin de celle-ci. La rupture se produit le plus souvent par une distention de l'organe plein de liquide, rarement dans le voisinage de certains points d'attache, à la suite de l'action directe d'une force. Elle se produit toujours au point le plus faible, sans que ce point le plus faible anatomiquement soit le plus faible physiquement.

La paroi postérieure se déchire beaucoup plus facilement ; ni la pression du promontoire, ni les fibres longitudinales musculaires de cette paroi n'en sont cause ; mais certains états anatomiques de la vessie et des organes voisins semblent diminuer notablement la résistance de la partie supérieure de cette paroi. La rupture peut porter sur plusieurs points à la fois ; sa forme et sa direction dépendent de la disposition du tissu musculaire. Les déchirures sont complètes ou incomplètes ; ces dernières prouvent que la rupture a lieu de dedans en dehors.

MARCEL BAUDOUIN.

Plaie pénétrante de la vessie à travers les fesses, par SOULIÉ (*Marseille médical*, *15 mars 1895*).

Un homme de 20 ans reçut un coup de couteau dans la fesse gauche. La plaie large de 3 centimètres, linéaire, était située en arrière de la partie supérieure de l'ischion au niveau de la petite échancrure sciatique. Le malade avait pissé du sang peu après le traumatisme. Le surlendemain, on constata un écoulement d'urine par la plaie et une injection poussée par l'urètre sortait par la fesse. Cystotomie sus-pubienne. Guérison.

D'expériences cadavériques faites pour élucider ce fait, il résulte que la vessie est facilement atteinte quand un instrument piquant est enfoncé par la petite échancrure sciatique et est dirigé vers l'épine iliaque antéro-

supérieure. Suivant l'embonpoint du sujet et la dépression des parties molles, il a suffi d'une longueur de lame variant de 28 à 75 millimètres (en moyenne 61) pour atteindre la vessie, même vide, au voisinage du trigone. Passant par la grande échancrure sciatique, le couteau doit pénétrer de plus de 10 centimètres pour atteindre vers son sommet la vessie très pleine. LEFLAIVE.

Tumeur de la vessie, propagation au canal de l'urètre, généralisation, cystostomie par ADENOT (*Lyon méd., 3 novembre 1895*).

Homme de 66 ans, entré à l'hôpital dans un état semi-comateux dû à de l'infection urinaire. Pas d'hypertrophie prostatique. Urines purulentes. Cathétérisme à peu près impossible; on passe à grand peine une sonde filiforme qui ne pénètre pas la seconde fois. Cystostomie suspubienne; on ne trouve ni calculs, ni tumeur de la vessie. Lavages, amélioration de l'état général.

Quinze jours plus tard, urètrotomie interne, lavage par l'urètre et la vessie; les urines deviennent claires, le malade va mieux. Un mois après, état infectieux qu'on rattache à la grippe, puis amaigrissement. La miction par l'urètre, toujours difficile devient de plus en plus impossible; écoulement sanguin à chaque cathétérisme; le méat sus-pubien fonctionne bien. Nodosités le long de la verge; apparition d'un noyau violacé sur le gland. On pense à une tumeur maligne de l'urètre. Mort dans un état cachectique.

A l'autopsie, tumeur maligne du bas fond de la vessie propagée dans le canal de l'urètre jusqu'au gland. Généralisation au foie, au péritoine, aux poumons, au sacrum.

Tumeur épithéliale avec stroma musculaire. A. CARTAZ.

Contribution à l'étude des myomes de la vessie, par TERRIER et HARTMANN (*Revue de chir., n° 3, p. 181, 1895*).

Chez une femme de 60 ans, atteinte depuis quelque temps de douleurs vésicales avec mictions fréquentes, puis d'hématurie, le toucher vaginal combiné à la palpation hypogastrique permit de reconnaître très nettement une tumeur intra-vésicale du volume d'un petit œuf, dure, arrondie, évoquant absolument l'idée d'un fibrome.

Le 8 juin 1890, Terrier fait la taille hypogastrique ; tumeur implantée dans la région du trigone. Enucléation de la tumeur, énucléation facile de deux petites tumeurs sous-muqueuses voisines. Guérison rapide.

Au bout d'un an, apparition de nouvelles hématuries et de douleurs. Le 22 août 1891, nouvelle taille hypogastrique, par Hartmann. Tumeur sessile, implantée à gauche du trigone. Morcellement, puis énucléation de la partie profonde. Guérison rapide. Cette fois encore, comme pour la première tumeur, l'examen histologique montre qu'il s'agissait d'un myome pur.

Nouvelle récidive en avril en 1892. Tumeur volumineuse accessible par le toucher vaginal et remontant jusqu'à deux travers de doigts au-dessous de l'ombilic. De plus, en un point de la cicatrice, fistule qui laisse suinter un peu d'urine. Le 12 avril 1892, opération par Terrier : Incision de la cicatrice et ouverture large de la vessie. Morcellement de la plus grande partie de la tumeur, qui occupe toute la région postérieure gauche de la vessie. Suites régulières, mais l'orifice hypogastrique reste fistuleux, puis la fistule s'élève, s'agrandit et on constate du sphacèle de la partie supérieure abdominale de la tumeur. Mort le 21 juillet.

A l'autopsie, on constate une énorme tumeur intra-vésicale, développée aux dépens du sommet de la vessie et faisant saillie à travers la paroi abdominale

ulcérée. L'examen histologique de fragments pris en divers points ne montre encore que du myome sans dégénérescence secondaire.

A cette observation personnelle, Terrier et Hartmann ajoutent une observation inédite due à Gérard Marchant, d'un myome pur enlevé avec succès par la taille hypogastrique ; ils relatent encore les 10 cas mentionnés par Albarran dans son traité des tumeurs de la vessie et 4 autres cas publiés par Faye, Socin, Naumann, Dupuy et Pilliet.

De l'étude de ces 16 faits, Terrier et Hartmann tirent les éléments d'une description complète de l'anatomie pathologique et de la symptomatologie des myomes de la vessie et en déduisent les règles du traitement.

Dans les myomes excentriques développés dans la cavité abdominale, on suit les règles habituelles de la chirurgie abdominale.

Dans le cas de myome cavitaire, le chirurgien sera guidé par la ligne de conduite habituellement suivie pour l'ablation des tumeurs de la vessie. Aujourd'hui, la question peut être tranchée et la taille hypogastrique est l'opération de choix.

L'hémorragie, au cours de l'opération, qui a tant préoccupé les chirurgiens, peut facilement être combattue par les moyens ordinaires, sans recourir à l'écraseur, ni à l'anse galvano-caustique. Les myomes vésicaux comme les myomes utérins saignent peu lorsqu'on les attaque directement par leur centre.

Pour les tumeurs petites, il faut attirer avec des pinces dans la plaie hypogastrique le point d'insertion, en pinçant les vaisseaux à mesure qu'on enlève la tumeur, puis suturer la plaie.

Dans le cas de tumeur volumineuse, il vaut mieux attaquer par le centre de la tumeur, l'évider par morcellement et énucléer les parties périphériques.

C. WALTHER.

I. — De la cystite aiguë comme cause de rétention d'urine, par CONDAMY (*Thèse de Paris*, *1894*).

II. — Traitement des cystites chroniques rebelles chez la femme par le curetage vésical pratiqué par la voie urétrale, par H. COURSIER (*Ibidem*).

III. — Traitement des cystites rebelles chez l'homme par le curetage vésical et le drainage périnéal, par A. DE MIRANDA (*Ibid.*, *1895*).

I. — La cystite cause souvent la rétention d'urine, en paralysant la tunique musculaire. Cette paralysie passagère peut seule expliquer la rétention aiguë dans certains cas de rétrécissements larges. Le cathétérisme appuyé, la bougie fine laissée à demeure produisent, par action réflexe, la contraction de la vessie.

II. — Opération facile, non dangereuse et efficace dans les cas de cystite chronique, tuberculeuse ou non. Le curetage de la vessie et de l'urètre est indiqué en cas d'insuccès par les instillations de nitrate d'argent ou de sublimé. Même lorsque les lésions vésicales sont étendues et que les reins sont malades, le curetage de l'urètre amène presque toujours du soulagement. Il est des cas réservés à la cystotomie.

III. — L'opération proposée par de Miranda est indiquée lorsque les moyens ordinaires ont échoué dans les cas de cystite rebelle ou tubercu-

leuse. Elle fait disparaître les douleurs et peut amener une guérison définitive lorsque la vessie seule est atteinte de tuberculose. Le drainage périnéal est plus parfait que le drainage hypogastrique et il évite les fistules. R. JAMIN.

Trois observations de cathétérisme rétrograde pour rétrécissement infranchissable, par LEGUEU (*Annales des mal. gén.-urin., avril 1895*).

Dans trois cas de rétrécissement infranchissable, Guyon, Albarran et Legueu ont pratiqué le cathétérisme rétrograde. Un cathéter cannelé, de courbure spéciale, est introduit par une boutonnière vésicale ; un deuxième cathéter est placé dans l'urètre. L'urétrotomie externe est faite entre les deux cathéters, l'urètre est réséqué et suturé, la vessie drainée par l'hypogastre ou bien à l'aide d'une sonde à demeure dans l'urètre. R. JAMIN.

Des tumeurs péri-urétrales chez la femme, par E. DAUMY (*Thèse de Paris, 1895*).

D'après les recherches de Daumy, les tumeurs péri-urétrales sont rares chez la femme. Les fibro-myomes prennent naissance dans la couche musculaire de l'urètre. Parmi les variétés de sarcomes, celle à petites cellules rondes est la plus fréquente. Le cancer revêt le plus souvent la forme épithéliale cylindrique ou pavimenteuse. Dans le traitement des tumeurs bénignes, il faut ménager les parois de l'urètre ; dans celui des tumeurs malignes, l'ablation doit être la plus large possible. R. JAMIN.

De l'épithéliome primitif de l'urètre pré-membraneux, par P. CARCY (*Thèse de Paris, 1895*).

Le cancer primitif de l'urètre est rare et son siège de prédilection est l'urètre pré-membraneux. C'est le plus souvent un épithéliome pavimenteux lobulé que l'urétroscope permet de reconnaître, alors qu'il n'existe que les symptômes d'un rétrécissement. De larges ablations permettent alors d'obtenir la guérison. R. JAMIN.

Des calculs de la portion prostatique de l'urètre, par LEGUEU (*Ann. des mal. des org gén.-urin., septembre 1895*).

Les calculs urétro-prostatiques sont mobiles ou fixes.

Les calculs mobiles peuvent être refoulés dans la vessie, puis extraits avec le lithotriteur.

Les calculs fixes sont vésico-prostatiques ou urétro-prostatiques. La douleur localisée, l'induration limitée, parfois la crépitation, perçues par le toucher rectal sont les principaux éléments de diagnostic. Pour le traitement, on a le choix entre le refoulement dans la vessie suivi de broiement, la taille haute et enfin la taille périnéale. R. JAMIN.

De la résection de l'urètre pénien, par A. POUSSON (*Annales des mal. des org. gén.-urin., juillet 1895*).

La résection de l'urètre est indiquée toutes les fois qu'un rétrécissement a résisté à la dilatation et à l'urétrotomie interne ; les rétrécisse-

ments traumatiques et scléro-cicatriciels en sont également justiciables. Les rétrécissements étendus et infranchissables peuvent être réparés à l'aide de l'urétroplastie. R. JAMIN.

Des urétrotomies complémentaires à sections multiples, par P. CONTRASTIN (*Thèse de Paris*, *1894*).

L'urétrotomie complémentaire, d'après C., est nécessaire lorsque, après un premier traitement dilatateur, il persiste des brides qui exposent à une récidive certaine et entretiennent l'urétrite chronique. Cette opération est d'urgence quand le rétrécissement large amène des complications d'un rétrécissement serré (abcès urineux, cystite, pyélo-néphrite.)

R. JAMIN.

Contribution à l'étude du traitement des rétrécissements de l'urètre par l'électrolyse linéaire, par J. MARDRUS (*Thèse de Paris*, *1895*).

Mardrus prétend que, dans un grand nombre de cas, l'électrolyse linéaire serait à préférer aux autres méthodes de traitement, en raison de son innocuité et de la sécurité avec laquelle on peut la pratiquer, de la douleur nulle ou insignifiante, des résultats qu'elle fournit, enfin de l'absence de complications post-opératoires. R. JAMIN.

Epispadias complet traité et guéri par la méthode de Thiersch, par S. POZZI (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, *février 1895*).

Pozzi a pratiqué l'opération de Thiersch, en trois séances, sur un enfant de 5 ans, porteur d'un méat sous-pubien.

Pendant la première séance, un premier temps consiste à créer une fistule périnéale où l'on place une sonde à demeure. Deuxième temps : réfection du méat glandaire, à l'aide de deux incisions longeant la gouttière sus-balanique, refoulement du lambeau ainsi obtenu et suture. Troisième temps : transformation de la gouttière pénienne en canal par deux lambeaux superposés.

Deuxième séance : occlusion du méat sous-pubien par un lambeau de la peau du pubis recouvert d'un second lambeau.

Troisième séance : réfection du méat urinaire et du prépuce. Le prépuce qui s'étalait entièrement sous le gland est incisé transversalement, le gland est passé à travers cette ouverture et le prépuce est suturé sur la face dorsale. La fistule périnéale se ferme rapidement et l'enfant urine par son nouveau canal. Les formes naturelles sont rétablies presque complètement. R. JAMIN.

Traitement des pollakiuries nerveuses par la dilatation progressive de la vessie, par J. JANET (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, *février 1895*).

Femme de 48 ans, d'origine nerveuse, et homme de 37 ans, neurasthénique : dans ces deux cas, Janet a obtenu la guérison en dilatant progressivement la vessie. Les séances de dilatation ont lieu tous les jours, puis tous les deux jours et espacés de plus en plus. R. JAMIN.

Prolapsus de la muqueuse urétrale chez la femme et en particulier chez la petite fille, par BLANC (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., juin 1895*).

Deux causes de prolapsus : chez les enfants l'on observe des prolapsus dus aux efforts répétés (prolapsus de force); chez les femmes âgées le prolapsus est dû à la faiblesse.

Le prolapsus des petites filles est total d'emblée, celui des femmes est progressif.

Contre le prolapsus partiel l'on doit tenter la réduction, puis essayer l'action des caustiques (teinture d'iode, nitrate d'argent). Dans les cas rebelles, l'excision est indiquée. R. JAMIN.

De l'anurie calculeuse, par LEGUEU (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., octobre 1895*).

Trois variétés d'anurie : anurie réflexe, anurie toxique, anurie mécanique.

L'anurie calculeuse est exclusivement mécanique et ne se montre que chez des individus n'ayant qu'un rein qui fonctionne. Le principal signe diagnostique est l'hématurie légère qui précède parfois l'anurie. Legueu s'appuie sur des observations pour établir que l'opération doit suivre le diagnostic dans tous les cas. R. JAMIN.

De l'emploi du formol dans la thérapeutique des voies urinaires, par H. LAMARQUE (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., octobre 1895*).

Lamarque a employé le formol en lavages à la dose de 1/500 et en instillations à 1/100 dans l'urétrite aiguë ou chronique, la cystite blennorragique ou tuberculeuse. Dans tous les cas, le formol a agi comme un puissant antiseptique, mais a toujours été très irritant. Néanmoins l'auteur a obtenu quelques succès. R. JAMIN.

Traitement de la prostatite tuberculeuse par l'incision périnéale et le curetage de la prostate, par H. GAUDIER (*Annales des mal. des org. gén.-urin., février 1895*)..

Gaudier recommande l'intervention chirurgicale contre la tuberculose vésico-prostatique et orchi-épididymaire. Il donne une observation où le curetage de la prostate a été suivi de guérison. Après cette opération, qui lui a permis d'enlever tous les tissus malades, il a fait des installations de sublimé et observé une rapide guérison de la vessie. R. JAMIN.

Prostataabscess, phlegmonöse Periprostatis und Phlebitis paraprostatica, par Leopold CASPER (*Berlin. klin. Woch., n° 21, p. 455 et n° 22, p. 478, 27 mai et 3 juin 1895*).

En 5 ans, Casper a traité 30 abcès de la prostate ; 25 d'entre eux étaient d'origine blennorragique, 4 consécutifs à un cathétérisme qui avait provoqué une urétrite ; quant au dernier, qui était compliqué de phlegmon périprostatique, la cause en est restée inconnue. Dans un seul des 25 abcès blennorragiques, il a trouvé des gonocoques. Casper est d'ailleurs seul, jusqu'ici, à avoir fait pareille constatation. Dans les abcès de la prostate,

il a rencontré plusieurs fois des staphylocoques et divers diplocoques. 4 fois l'abcès s'est ouvert dans l'urètre avant que Casper ait pu intervenir; 18 fois il l'a incisé par le rectum et 3 fois par le périnée. Tous les opérés ont guéri. Un seul a eu une fistule qui s'est fermée d'elle-même. Des 21 malades chez lesquels C. est intervenu, 4 seulement avaient de la fièvre. Pour avoir toute sa valeur diagnostique, la ponction exploratrice doit être faite par le rectum et non par le périnée, comme le veut Dittel; Casper l'a pratiquée 12 fois sans aucun inconvénient. Quand il y a complication de phlegmon périprostatique, généralement les douleurs provoquées par la défécation sont plus intenses, la tumeur rectale est mal délimitée, dure, inégale et la paroi du rectum n'est pas mobile. Le nombre des cas où il y aura indication à ouvrir l'abcès par le périnée ou par la méthode de Dittel (décollement du rectum) sera toujours moindre que celui où l'opération est tout indiquée par le rectum. Voici comment Casper la fait, en prenant toutes les précautions antiseptiques. Le malade anesthésié et un spéculum bivalve étant introduit dans l'anus, il lave la paroi rectale antérieure à l'eau de savon, puis l'irrigue avec de l'acétate d'alumine. Il enfonce ensuite dans l'intestin un gros morceau de gaze iodoformée pour fermer toute communication par en haut. L'abcès vidé, il y pratique de nouvelles irrigations à l'acétate d'alumine et y place un drain enveloppé de gaze iodoformée, et dépassant le sphincter. Si ce drain ne remplit pas la plaie, il tamponne l'intervalle subsistant avec de la gaze iodoformée. L'opéré, purgé la veille, prend de l'opium pour assurer la constipation. Deux ou trois fois par jour, le foyer est lavé avec le sel d'alumine; au bout de 3 ou 4 jours le drain est retiré et la plaie abandonnée à elle-même.

J. B.

I. — Résection des canaux déférents dans un cas d'hypertrophie prostatique, par MUGNAI (*Soc. ital. de chir. Rome, 26 octobre 1895*).

II. — Traitement de l'hypertrophie de la prostate par la section entre ligatures des canaux déférents, par CHALOT (*L'Indépendance méd., 6 novembre 1895*).

I. — L'auteur a opéré, le 1er août, un vieux prostatique de 69 ans. Résection, après anesthésie par la cocaïne, de 1 centimètre de chaque canal déférent. Le soulagement a été médiocre et l'hypertrophie prostatique n'a pas varié. Les testicules n'ont pas diminué de volume.

II. — Homme de 64 ans, vieux prostatique, avec dysurie. C. pratique la résection bilatérale de 1 centimètre du canal déférent entre les deux ligatures. Suites bonnes malgré une broncho-pneumonie grippale grave. Deux mois après la dysurie était moindre, les testicules un peu diminués de volume. La prostate avait perdu environ la moitié du volume qu'elle avait avant l'opération.

A. CARTAZ.

Traitement des abcès chauds de la prostate par l'incision rectale, par A. LAFONT (*Thèse de Paris, 1895*).

L'incision rectale, dans le cas d'abcès chaud de la prostate, doit être large de 2 ou 3 centimètres, précoce dès que l'on soupçonne la possibilité du pus. Elle doit être faite à ciel ouvert. La simple ponction au bistouri doit être rejetée comme insuffisante. La voie rectale ainsi utilisée doit remplacer toute autre voie, périnéale ou vésicale. Elle permet

d'écarter la plupart des complications : vastes décollements, infection purulente, fistules rebelles, etc. Les malades guérissent en 8 ou 10 jours. La voie périnéale doit être réservée aux autres décollements et aux fistules anciennes. F. VERCHÈRE.

Observations on the effects of double castration upon the enlarged prostate, par E. Henry FENWICK (*Brit. med. Journ., p. 578, 16 mars 1895*).

1° Il est certain que l'hypertrophie prostatique, dans certains cas, se trouve enrayée par la castration double : mais une expérience ultérieure pourra seule décider si toutes les formes d'hypertrophie prostatique sont justiciables de ce procédé curatif ;

2° L'intégrité du muscle vésical est la condition essentielle d'une amélioration sérieuse : faute de quoi, même avec une diminution de l'obstacle prostatique, la nécessité du cathétérisme persistera. Or, on ne peut d'avance mesurer le degré d'atonie de la vessie ; c'est donc une promesse aventureuse d'affirmer à un malade qu'il sera débarrassé de la nécessité de se sonder lorsqu'il sera privé de ses testicules ;

3° Il est possible que la castration, en diminuant l'infection microbienne qui provient de la prostate sénile enflammée, enlève une menace constante de pyélonéphrite.

La double castration, en résumé, semble avoir les avantages suivants :

a) Réduire l'hypertrophie fongueuse des lobes latéraux de la prostate. Quant à la transformation fibreuse du lobe médian, et même des lobes latéraux, elle paraît plutôt justiciable de la prostatectomie suspubienne ;

b) Diminuer les souffrances causées par l'inflammation d'une grosse prostate et le danger qui en résulte ;

c) Atténuer la fréquence du cathétérisme et en diminuer la difficulté ;

d) Supprimer la difficulté mécanique du broiement des calculs post-prostatiques, en nivelant la base de la vessie et en rendant la litholapaxie possible dans des circonstances où elle était impraticable ;

e) Réduire la cystite chronique et la production de calculs phosphatiques, dans le cas où le malade est obligé de se sonder d'une façon permanente. H. R.

A case of castration for prostatic over growth, par J. BRYSON (*New-York med. Journal, p. 146, 3 août 1895*).

Il s'agit d'un homme de 74 ans, qui dès l'âge de 56 ans, avait eu les premiers symptômes d'une hypertrophie de la prostate ; les troubles augmentèrent progressivement pendant 11 ans : à cette époque, on constatait que le malade rendait 350 grammes d'urine au moment de la miction, mais vidait incomplètement sa vessie dans laquelle il restait 100 grammes environ. Durant les six dernières années, ces quantités se sont modifiées ; l'émission était devenue de 75 grammes environ, et la rétention de 180 grammes. La miction avait lieu 18 fois dans la journée, 6 fois dans la nuit. En même temps se développa de la cystite et de la pyélonéphrite. Un essai malheureux de cathétérisme aggrava la cystite. En outre, existaient de la dilatation du cœur, de l'emphysème.

Le 17 janvier 1895, on pratique la castration double. La prostate, fort volumineuse, diminua de volume ; mais les conditions de la miction restèrent sensiblement les mêmes. Pas d'amélioration non plus dans la pyurie, et la

pyélonéphrite, pas de changement dans l'état de la vessie enflammée d'une manière chronique et dégénérée. MAUBRAC.

Two cases of bilateral castration for enlarged prostate, par LEVINGS (*Med. news, p. 174, 17 août 1895*).

1° Un homme de 77 ans était obligé de recourir depuis 18 ans à la sonde pour vider sa vessie, à cause d'une hypertrophie de la prostate. Il y a 5 ans, le cathétérisme devenant d'une extrême difficulté, on pratiqua un méat urinaire sus-pubien : durant quatre années, l'état du malade resta excellent, puis survint de la cystite, qui s'aggrava, tandis que la prostate continuait à augmenter de volume.

Le 14 mai 1895, on pratiqua la castration : la prostate était d'un volume énorme. Le 20 juin, un peu d'urine s'échappa spontanément de l'urètre, ce qui depuis 18 ans n'était jamais arrivé ; actuellement la miction se fait presque entière par le canal de l'urètre, et à peine par le méat sus-pubien, la prostate a diminué de moitié, la cystite est très améliorée et les douleurs ont disparu.

2° La seconde observation concerne un homme de 51 ans atteint d'hypertrophie prostatique, obligé de recourir à la sonde pour uriner, et porteur de deux testicules tuberculeux suppurés. La castration double amena une régression rapide de la prostate, et la miction s'accomplissait spontanément au bout de deux semaines. MAUBRAC.

De l'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur, par LANNELONGUE (*Cong. gyn. Bordeaux et Bulletin méd., 8 septembre 1895*).

Cette localisation de l'ostéomyélite, qui apparaît à tous les âges, mais qui est plus fréquente chez les jeunes enfants, se montre sous les deux états, aigu et chronique. Elle naît soit dans la portion intra-capsulaire du col, soit dans sa portion extra-capsulaire; dans ce dernier cas, elle ne s'accompagne pas d'arthrites suppurées. Son diagnostic est, en général, facile. Elle doit être traitée comme toutes les ostéomyélites; l'articulation ouverte, on rencontre souvent la tête libre dans la cavité.

Lannelongue rapporte ensuite deux exemples d'ostéomyélite à staphylocoque chez deux sujets dont les enfants ont eu des exostoses de développement.

L'un est un homme de 58 ans qui fut atteint d'ostéomyélite de l'os iliaque à l'âge de 7 ans; pendant 50 ans il a conservé un séquestre emprisonné dans un os nouveau et communiquant avec l'extérieur par des trajets fistuleux. Cet homme a eu trois enfants, dont deux sont porteurs d'exostoses multiples et le troisième atteint d'une légère hyperostose.

Le deuxième fait concerne un homme de 40 ans, ayant présenté une ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur à l'âge de 15 ans. Sa fille, qui est actuellement du même âge, a été opérée récemment par l'auteur d'une exostose siégeant à l'extrémité inférieure du fémur, au niveau de l'attache des adducteurs.

De ces faits, Lannelongue déduit qu'il y a peut-être des rapports entre l'ostéomyélite des parents et les exostoses épiphysaires de développement des enfants, c'est-à-dire entre l'affection septique des premiers et les troubles de développement des os des seconds. OZENNE.

Traitement de l'ostéomyélite diffuse du tibia par l'ouverture précoce du canal médullaire au moyen du couvercle ostéo-cutané de Bier, par CURTILLET (*Gaz. des hôp.*, *n° 41*, *p. 401*, *4 avril 1895*).

Un garçon de 14 ans a été blessé à la cheville, il y a trois semaines. Survint de la tuméfaction, de la rougeur, de la douleur, puis l'état général devint mauvais : en même temps, température élevée, délire violent.

On diagnostique une ostéomyélite : deux trépanations pratiquées sur la face interne du tibia, dans la région juxta-épiphysaire, en haut et en bas, montrent que le canal tout entier est purulent. Curtillet pratique l'opération de Bier, c'est-à-dire incise sur toute la longueur de la face interne du tibia, avec deux petites incisions transversales de 3 centimètres se portant en dehors, dessinant un grand lambeau longitudinal. Sans relever le lambeau, ouverture du canal médullaire dans toute l'étendue de la grande incision : par cette fente, on introduit le ciseau, qui traverse le canal médullaire et fend de la même manière la paroi opposée. Puis on sectionne en haut et en bas, le pont osseux qui relie encore aux deux épiphyses le couvercle ainsi préparé : puis on fait basculer ce couvercle en dehors, avec les parties molles dont il est enveloppé et qui n'ont pas été détachées.

Le canal médullaire est alors lavé, cureté : on rabat le couvercle, et on suture avec drain en haut et drain en bas.

Disparition de la fièvre, des douleurs. Réunion rapide : au bout de 2 mois le malade quitte l'hôpital.

Le malade est revu 6 mois après l'opération : la guérison est complète sauf une très petite fistule à l'orifice du drainage supérieur.

Curtillet publie en même temps une observation très semblable de Jaboulay.

Ostéomyélite aiguë du tibia datant d'un mois. Ouverture du tibia sur toute sa longueur, par le procédé du volet. Curage du canal médullaire. Suture immédiate. Guérison rapide. MAUBRAC.

Beiträge zur Osteomyelitis mit Immünisirungsversuchen (De l'ostéomyélite, tentatives d'immunisation), par CANON (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, *XLII*, *1 et 2*, *p. 135-164*).

Canon considère l'ostéomyélite à deux points de vue : le premier, clinique; le second, bactériologique. Il a observé un assez grand nombre de cas ; la cause occasionnelle de la maladie peut être, le plus souvent, imputée à un traumatisme ; mais plus souvent encore l'origine de l'affection ne se trouve pas mentionnée. La durée de la maladie a été, en moyenne, de quatre jours à quatre semaines. A l'examen bactériologique du pus, on a constaté, le plus souvent, la présence du staphylocoque doré et celle du staphylocoque blanc ; mais toujours le streptocoque est rare.

La partie expérimentale de ce travail a trait à des essais d'immunisation. L'injection intra-veineuse de cultures de staphylocoque doré, à petite dose, a toujours donné des résultats positifs ; à haute dose, l'animal a succombé à des phénomènes d'infection générale.

Les expériences avec d'autres bacilles pathogènes ont donné des résultats moins constants. Les essais d'immunisation avec le sérum d'ostéomyélite ont quelquefois agi préventivement ; mais ils ont aussi souvent échoué. MARCEL BAUDOUIN.

Einheilung eines freien Knochenstücks in einen Defect der Tibia, par ISRAEL (*Berlin. klin. Woch., n° 4, p. 88, 28 janvier 1895*).

Homme de 24 ans; il y a 6 mois, fracture compliquée de la jambe gauche, traitée par le berger du village. En raison à la fois du raccourcissement qui est de 6 centimètres et de la pression que les extrémités des fragments exercent sur la peau, la marche est presque impossible. La jambe gauche offre en son milieu une forte convexité en dehors sur la face externe, saillie aiguë sous les téguments formée par le fragment inférieur du péroné déplacé en haut et en dehors, tandis qu'à la face interne est une saillie semblable due au fragment supérieur du tibia. Au niveau même de la fracture, le membre est considérablement élargi. Ostéotomie, section oblique du péroné. Entre les deux fragments du tibia, se trouve jeté un pont de 6 centimètres de long sur moitié de large, à surface lisse, qui n'est autre qu'un fragment tibial. Israël l'enlève avec quelques coups de ciseau, sépare l'une de l'autre les deux moitiés du tibia, fait disparaître le déplacement. Le membre a repris dès lors sa longueur normale mais les extrémités fracturées du tibia ne peuvent être mises en contact. Israël résolut de remettre en place le fragment enlevé après en avoir adapté mieux la configuration à celle de l'espace vide; ainsi retaillé, le fragment réimplanté avait une longueur de 5 centimètres et une largeur de 2 centimètres et demi; quelques fils d'argent le fixèrent aux deux moitiés du tibia. Malgré que ce fragment eût été abandonné une demi heure pendant laquelle il s'était desséché, la greffe a parfaitement repris; il n'y a plus de déformation du membre qui est à peine raccourci de 1 centimètre. J. B.

Ostéoplasties expérimentales, par SAMFIRESCOU (*Revue de chir., n° 10, p. 839, 1895*).

Samfirescou décrit:

1° Une amputation ostéoplastique du coude avec application d'une lame osseuse oléocrânienne sur la surface de section de l'extrémité inférieure de l'humérus;

2° Une amputation ostéoplastique du poignet dans laquelle la lame osseuse qu'il applique sur la section du radius et du cubitus est prise sur le premier métacarpien longitudinalement sectionné. C. WALTHER.

Résection partielle du sternum, des clavicules et des premières côtes pour néoplasme malin, par E. DOYEN (*Arch. prov. de chir., p. 633, octobre 1895*).

Malade atteint, en 1890, d'un sarcome sous-cutané, développé en avant de la fourchette sternale, fut opéré une première fois en 1891.

En avril 1894, extirpation d'une récidive du volume d'une orange.

Nouvelle récidive coiffant la fourchette sternale et comprimant les gros vaisseaux de l'orifice supérieur du thorax. La face postérieure paraît encapsulée et mobile sur les organes du médiastin.

Opération en septembre 1895. Chloroformisation. La tumeur est mise à nu par une incision transversale, atteignant de chaque côté le tiers moyen de la clavicule. Incision verticale au devant du sternum. Isolement de la face antéro-supérieure de la tumeur, résection des aponévroses cervicales antérieures et des muscles sterno-hyoïdiens, thyroïdiens et mastoïdiens.

L'index gauche pénètre dans le médiastin et guide une rugine sur la face postérieure de l'articulation sterno-claviculaire.

La clavicule gauche dénudée est coupée à l'union de son tiers moyen avec le tiers externe, puis on coupe la première côte et en ramenant la tumeur vers la droite on met à nu le tronc brachio-céphalique veineux. Le bord gauche

du sternum est à son tour libéré et la poignée entière détachée à l'aide d'une pince coupante. Le plèvre gauche à nu laissait voir le sommet du poumon, le cœur battait sous les doigts.

La clavicule droite fut sectionnée au même point que la gauche, de même la côte droite. La tumeur fut alors détachée de la plèvre droite et du médiastin où se gonflaient, énormes, à chaque expiration, les troncs veineux brachio céphaliques droits et gauches et l'origine de la veine cave supérieure.

Suture complète de la peau. Le malade a pu se lever et se promener au bout de 4 jours.

F. VERCHÈRE.

I. — Quelques faits de chirurgie osseuse, par J. BŒCKEL (*9e Congrès franç. de chir., octobre 1895*).

II. — Le traitement des fractures non compliquées de plaie par l'intervention opératoire, par P. BERGER (*Ibidem*).

III. — De la ligature des os : technique et procédés ; la ligature en cadre, par LEJARS (*Ibidem*).

IV. — Interventions dans les solutions de continuité des os longs, par MOTY (*Ibidem*).

V. — Traitement par la suture de certaines fractures de la clavicule, par DEMONS (*Ibidem*).

I. — Pour des fractures récentes, l'auteur n'a fait qu'une suture de la clavicule et du maxillaire, 2 guérisons.

Les interventions tardives lui ont donné les résultats suivants : 4 ostéotomies pour cals vicieux, 4 guérisons ; 5 ostéotomies complémentaires, 5 succès ; 7 résections du coude, 1 résection du coude et 1 résection de l'épaule, 9 succès ; 5 pseudarthroses, 4 succès et un échec.

Bœckel estime que la suture sera rarement indiquée dans les fractures de la rotule. Pour les fractures anciennes des os longs on aura recours, suivant les cas, à l'ostéotomie simple ou cunéiforme, à l'ostéotomie temporaire ou à l'ostéotomie complémentaire. Quant aux fractures articulaires anciennes elles sont justiciables de la résection qui fait disparaître ou provoque l'ankylose, suivant la fracture.

II. — En général, les fractures des diaphyses, non compliquées de plaie, guérissent bien sans intervention par l'emploi des appareils. On a conseillé l'opération pour les fractures de la clavicule. Berger estime qu'à part les cas très rares où il y a une lésion vasculaire ou nerveuse, cette opération n'est pas justifiée.

Les appareils simples donnent de bons résultats au point de vue de la fonction et une consolidation sans déformation très apparente, quand le travail de réparation a été bien surveillé ; s'il existe une pointe saillante, on la réséquera après consolidation.

Pour les fractures de jambe, fractures obliques et fractures en V, bien qu'aucun appareil ne permette d'obtenir une consolidation sans raccourcissement, l'auteur ne croît pas que la suture osseuse puisse lutter contre l'obliquité des surfaces et l'action des masses musculaires ; d'ailleurs, cette suture provoque un cal plus volumineux et ajoute des risques. Elle ne lui paraît donc indiquée que si l'irréductibilité n'a pu être obtenue au bout de quelques jours.

Le plus souvent, avec de la persévérance, on parvient à réduire les

fractures les plus rebelles d'une façon graduelle et progressive ; aussi, dans ces cas, ne doit-on appliquer un appareil plâtré que lorsque cette réduction est aussi complète que possible.

Dans les fractures comminutives à grands fracas, il faut se garder d'extraire les fragments isolés, dont l'ablation créerait des pertes de substance osseuses difficiles à combler.

Pour les fractures du coude et du genou dont les déformations osseuses persistantes limitent les mouvements, l'intervention peut être tentée, mais avec réserve et limitée aux cas difficiles.

III. — En présence de l'insuffisance des procédés de ligature connus, Lejars a maintes fois expérimenté sur le cadavre et deux fois utilisé sur le vivant le procédé suivant : il fait, dans les fragments préalablement coaptés, deux trous perpendiculaires au plan de fracture et très rapprochés de ses extrémités ; il prend une anse de fil d'argent et, dans chacun des orifices, il fait passer un des bouts du fil.

L'anse médiane est alors coudée, recourbée au contact de l'os et ramenée en arrière et au-dessous de lui, jusqu'aux points d'émergence des deux bouts libres du fil. Ces deux bouts passent au-dessous et en arrière d'elle, la chargent et à leur tour sont infléchis sur l'os et ramenés en avant et au-dessus de lui. Enfin chacun d'eux glisse, en sens contraire, sous les coudures de l'anse, à son émergence supérieure, puis on les rapproche et on les tord. L'immobilisation est ainsi complète dans tous les sens.

IV. — Parmi les pseudarthroses observées, les unes sont d'origine trophique ; contre elles les greffes osseuses sont indiquées pour réveiller l'activité ostéogénique des fragments. L'auteur a ainsi traité deux malades ; l'un atteint de pseudarthrose du tibia, le succès a été rapide ; l'autre, de pseudarthrose du fémur, il y a eu échec.

Ces pseudarthroses se produisent dans la partie rétrécie des os et sont dues à la transversalité, à la faiblesse de l'exsudat interfragmentaire, à l'oblitération de l'artère nourricière et à l'apparition d'une névrite précoce.

L'opération doit être faite de bonne heure ; il faut affronter les os sur de larges surfaces, multiplier les greffes en utilisant les fragments, ne pas absterger complètement le sang épanché et immobiliser sans trop comprimer.

V. — Demons conseille la suture dans les cas suivants : fractures à déplacement impossible à réduire ; fractures exposant le blessé à une pseudarthrose ou menaçant le paquet vasculo-nerveux ; fractures comminutives et fractures ouvertes. Sur 5 malades ainsi traités, le succès a été rapide et parfait. L'opération est facile, sans gravité, efficace et dispense de porter longtemps un appareil gênant qui peut être une cause de raideurs articulaires. OZENNE.

Ueber die Frakturen des Beckenringes (Fractures du bassin), par KATZENELSON (*Deutsche Zeitsch. f. Chir., XLI, 6, p. 473-512, 1895*).

La structure compliquée du bassin a pour conséquence la diversité des fractures dont il est susceptible d'être le siège. Ces fractures peuvent être causées par une force directe ou par une traction musculaire. Les

causes sont la plupart du temps directes : chute, compression, passage d'une roue sur les hanches. Les fractures ne résultent pas seulement de la rupture des os à leurs parties les plus minces ou au point de passage des parties minces aux parties plus épaisses; la forme du bassin, ses courbures et ses angles jouent un rôle aussi important. Quelques fractures de la paroi antérieure seules sont directes; les autres sont indirectes.

Ces fractures entraînent généralement des déchirures de la vessie et des ruptures de l'urètre comme conséquence secondaire ; mais souvent elles n'ont rien à y voir, et celles-ci sont la résultante directe de la force agissant sur le bas-ventre.

Les fractures se manifestent par leur mobilité, par la douleur causée, par la pression extérieure, par l'ecchymose, les troubles fonctionnels. Quand elles sont multiples, le pronostic est plus défavorable que si la fracture est unique.

Elles se traitent d'après les règles ordinaires, après avoir assuré une position exacte du bassin et de l'extrémité inférieure correspondante.

MARCEL BAUDOUIN.

Traitement de la coxalgie, par CALOT (*In-8° Paris*, *1895*).

L'immobilisation est la meilleure de toutes les ressources. Pour la bien faire, il vaut mieux renoncer à tout appareil d'extension; celle-ci ne peut vraiment agir que si l'immobilisation n'est pas rigoureuse. S'il existe déjà des abcès, ou si l'on craint leur formation, on ouvre des fenêtres dans l'appareil, qu'on peut encore diviser en 2 valves, antérieure et postérieure. Les abcès peuvent se résorber seuls; si non, on les traite avantageusement par le naphtol camphré, répété au besoin tous les six ou sept jours (autant de grammes que le malade compte d'années). On doit être sobre de résections, en raison de leur mauvais résultat fonctionnel. Mieux vaut laisser s'éteindre la période des fistules, réduire alors, puis immobiliser sous le chloroforme. Quand la septicémie commençante impose l'intervention, la meilleure voie d'accès vers le foyer morbide est en avant : l'incision descend entre le tenseur du fascia lata et la masse des fessiers. Dans tous les cas, une longue surveillance est de rigueur, à quelque période de la maladie qu'on se trouve. Le séjour à Berck s'est toujours montré excellent.

ARROU.

Une variété anormale de paraplégie pottique; paraplégie pottique à début subit sans symptômes rachidiens, par CHIPAULT (*Médecine moderne*, *p. 89*, *9 février 1895*).

Homme de 39 ans, vigoureux, mais présentant aux deux sommets des signes de tuberculose pulmonaire. Brusquement, la nuit, sans cause appréciable, violentes douleurs en ceinture ayant pour point de départ la 2e apophyse épineuse lombaire; ces douleurs durent un mois, puis disparaissent, pour reparaître à nouveau 6 semaines plus tard; peu après, phénomènes paraplégiques dont le malade s'aperçoit au réveil : parésie incomplète de tous les muscles des membres inférieurs, avec prédominance à gauche ; pas d'atrophie musculaire; réflexe rotulien exagéré des 2 côtés; sensibilités normales; pas de troubles vésico-rectaux; apophyse épineuse de la 2e vertèbre lombaire sensible à la

pression, ainsi que la partie gauche d'un corps vertébral, le 2e ou le 3e lombaire; pas de tuméfaction ni de déformation. GEORGES THIBIERGE.

Nouveau procédé de résection du genou, par SEVEREANO (*Revue de chir., n° 1, p. 41, 1895*).

Ce procédé, employé par l'auteur dans un cas où il avait dû réséquer le fémur seul et le sectionner très haut (sarcome de l'extrémité inférieure du fémur), consiste à faire pénétrer dans l'extrémité supérieure du tibia, creusée d'un trou à cet effet, l'extrémité inférieure de la diaphyse du fémur et à l'y maintenir à l'aide de sutures métalliques. Le résultat obtenu dans ce cas fut excellent.

Le malade, revu deux ans après l'opération, ne présentait pas de récidive et n'était un peu gêné que par le très grand raccourcissement dû à la résection de 16 centimètres de fémur. C. WALTHER.

I. — Mort subite dans un cas de fracture de la rotule; dangers du massage, par A. CERNÉ (*Normandie méd., 15 mai 1895*).

II. — Embolie mortelle après redressement forcé du genou, par AHRENS (*Beit. z. klin. Chir., XIV, 1*).

I. — Ce fait a été observé sur un homme de 37 ans. La fracture transversale, accompagnée de peu d'écartement des fragments et de peu d'épanchement articulaire, avait été immobilisée. Au bout de 3 semaines, le malade pouvait soulever la jambe ; il n'existait aucun point douloureux, mais il y avait de l'empâtement au-dessus et au-dessous de l'articulation. Des séances de massage furent prescrites; quelques-unes eurent lieu et, le lendemain de l'une d'elles la mort subite survenait. A l'autopsie, on a constaté l'oblitération de l'artère pulmonaire par des caillots détachés de la veine fémorale profonde. OZENNE.

II. — Femme de 53 ans. Ankylose à angle droit des deux genoux. Redressement des membres sans grande violence, après anesthésie par l'éther. Deux jours après, la malade tombe dans l'assoupissement et meurt. A l'autopsie, embolie graisseuse considérable des poumons. Ostéoporose des os. A. C.

Notes histologiques et cliniques pour servir à l'histoire de la talalgie, par BROUSSES et BERTHIER (*Revue de chir., n° 8, p. 681, 1895*).

Dans un cas de talalgie qui avait résisté à tous les traitements médicaux, Brousses et Berthier, après avoir mis à nu la face inférieure du calcanéum, trouvèrent dans le coussinet cellulo-graisseux sous-calcanéen une cavité séreuse du volume d'une noisette, distendue par du liquide filant, non hématique. Un rameau nerveux, pris dans l'épaisseur de la paroi de la poche, était atteint de névrite interstitielle.

Après l'opération, les douleurs disparurent et la marche se fit d'une façon régulière. C. WALTHER.

De l'hydarthrose intermittente, par CHAUVET (*Lyon méd., 22 septembre 1895*).

C. publie une observation d'hydarthrose intermittente chez un sujet de 35 ans chez lequel on a épuisé sans succès tous les traitements médicaux. Il rappelle les rares observations analogues (quinze) et montre par leur analyse qu'on ne peut rattacher cette inflammation articulaire ni au rhu-

matisme, ni au paludisme. Il émet l'hypothèse qu'il s'agit là d'une auto-intoxication. A. CARTAZ.

Die Entstehung der congenitalen Luxationen..... (Sur le mode de formation des luxations congénitales de la hanche et du genou et les modifications des parties luxées), par HOLTZMANN (*Archiv. f. pathol. Anat.*, *CXL*, *2*).

L'examen d'une série de fœtus et de nouveau-nés permet à Holtzmann de mettre en relief plusieurs faits qui doivent contribuer à déterminer la formation des luxations congénitales de la hanche.

Chez les fœtus en question, on observe un arrêt de développement dans l'ébauche du bassin fœtal, qui a pour effet d'empêcher l'extension normale de la cavité cotyloïde. Si l'extrémité supérieure du fémur et surtout sa tête participent à cet arrêt de développement, la tête peut rester contenue dans la cavité articulaire. Mais on voit le plus souvent la tête grandir et s'accroître plus que la cavité ; d'où il résulte que la tête est obligée de quitter la cavité cotyloïde.

Cet arrêt de développement a lieu avant la 6e ou 7e semaine de la vie intra-utérine ; il est souvent accompagné de troubles analogues portant sur d'autres régions, le spina-bifida, par exemple.

Plus tard, c'est-à-dire dans les stades plus avancés de la vie fœtale et chez l'enfant, il se produit encore des luxations spontanées à la suite de la fixation du membre inférieur dans une position anormale, surtout par extension. Dans ce cas, la cavité cotyloïde, que la tête du fémur a abandonnée, tout en participant à la croissance générale, reste plus petite, mais n'arrive jamais à l'exiguité des cavités cotyloïdes, atteintes d'arrêt de développement dès les premiers stades embryonnaires.

ÉD. RETTERER.

I.— Luxations irréductibles du coude et de l'épaule, par CIVEL, rapport par PICQUÉ et discussion (*Bulletin Soc. chir.*, *XXI*, *p. 159 et 183*).

II. — Luxation sous-coracoïdienne, datant de cinquante-cinq jours, irréductible; arthrotomie, guérison, par REBOUL (*Ibid.*, *p. 181*).

I. — Le rapporteur donne lecture de trois observations, l'une concernant le coude, les deux autres l'épaule. La luxation du coude datait de 19 jours; l'arthrotomie n'a donné que de médiocres résultats. Des deux luxations de l'épaule, toutes deux traitées par l'arthrotomie, la plus ancienne — 5 mois — n'a guère bénéficié de l'intervention, la plus récente — 12 jours — a eu un résultat thérapeutique excellent.

Ricard admet l'arthrotomie comme le procédé de choix dans les luxations irréductibles récentes, quand, bien entendu, les manœuvres classiques ont démontré cette irréductibilité. La résection doit être réservée aux cas anciens. Championnière fait remarquer que le résultat orthopédique est loin d'être satisfaisant dans l'arthrotomie simple. Il faut aller plus loin, et d'emblée réséquer les surfaces articulaires. Pour le coude, cette manière de voir ne soulèvera sans doute pas d'objection. S'il s'agit de l'épaule, on hésitera probablement, mais à tort. Après 5 à 6 semaines, fût-elle même réductible alors par les manœuvres de force, une luxation de l'épaule doit être attaquée par le bistouri. Restera à apprécier la

quantité de surfaces articulaires à abraser pour arriver à reconquérir les mouvements de la jointure. Comme conclusion, quand on veut faire assez, il faut paraître faire trop d'emblée, et pour le coude, par exemple, réséquer les deux extrémités articulaires, ne respectant que la tête du radius.

II. — Femme, 42 ans, luxation de l'épaule droite en avant, variété sous-coracoïdienne. Membre impotent, douleurs dans le plexus brachial. Irréductibilité même sous le chloroforme. Anesthésie au 55e jour, incision en potence. La tête est dégagée des trousseaux fibreux qui l'entourent, ramenée dans la cavité glénoïde, et sur elle on suture la capsule. La malade a recouvré ses mouvements, il n'existe plus de douleurs. A peine un peu de gêne dans le mouvement de projection en avant. ARROU.

Die klinische Bedeutung der Halsrippen (De la signification clinique des côtes cervicales), par TILMANN (*Deutsche Zeitschr. f. Chir., XLI, 4-5, p. 330-340*).

Tilmann donne l'histoire de cette anomalie rare, la présence de côtes surnuméraires du cou. Si les vertèbres accessoires de la portion lombaire n'ont qu'un intérêt purement anatomique, il n'en est pas de même des côtes cervicales qui peuvent avoir une importance clinique des plus grandes. L'anomalie peut affecter différentes formes : tantôt ce n'est qu'un simple prolapsus osseux ; tantôt elle se présente sous la forme d'une côte complète d'un côté, tandis qu'elle reste à l'état rudimentaire de l'autre.

D'après la statistique de l'auteur, les symptômes cèdent le plus souvent au traitement médical ; ils ne nécessitent que trois fois sur dix l'intervention chirurgicale. Il cite un cas observé chez une femme, à la clinique de von Bardeleben. Chez ce sujet, on constatait des phénomènes douloureux dans la région du plexus brachial, de l'atrophie des muscles du bras, et souvent de l'enrouement et une gêne de la déglutition : résultat d'une perturbation anatomique facile à comprendre. Cette femme fut opérée et il y eut une amélioration très sensible, bien que l'atrophie des muscles ne fût pas modifiée.

On a signalé d'autres dangers, tels que l'anévrisme de la sous-clavière ; mais, grâce à la circulation collatérale, presque toujours la guérison de cette complication a été spontanée. Encore ces symptômes pathologiques n'ont-ils été constatés que chez l'adulte et ne sont-ils survenus qu'à la suite de traumatismes ou de maladies ayant déterminé un amaigrissement notable. MARCEL BAUDOUIN.

Du phlegmon ligneux du cou, par BATSÈRE (*Thèse de Paris, p. 249, 25 avril 1895*).

L'auteur relate 5 observations, recueillies dans le service de P. Reclus, d'une forme assez spéciale de phlegmon de la région cervicale antérieure.

Cette variété est caractérisée par une induration ligneuse de la région intéressée, avec adhérence aux tissus environnants, à marche lente et torpide, évoluant vers la formation de petits abcès séparés et superficiels, et se terminant par la guérison.

Le traitement doit consister surtout en incisions profondes au thermo-cautère. MAUBRAC.

Kyste bénin du sein; injection d'éther iodoformé; guérison, par HEURTEAUX (*Gaz. méd. de Nantes, 12 mai 1895*).

1° Femme de 45 ans, nullipare. Kyste séreux au-dessus du mamelon du volume d'une noix; ponction et injection d'éther iodoformé à 10 0/0. Guérison maintenue trois ans après.

2° Femme de 43 ans : symptôme de la maladie kystique du sein à gauche et à droite; à gauche l'un des kystes est du volume d'une noix; ponction et injection iodoformée. Quelques semaines plus tard, ablation du sein; la cavité du kyste ponctionné est oblitérée. Seize mois plus tard, kyste semblable dans l'autre sein, même injection; guérison persistante au bout de 3 ans.

3° Femme de 47 ans; un petit kyste à droite; à gauche deux kystes plus volumineux traités de la même façon en 1891. Pas de récidive. OZENNE.

Ueber die odontaplastichen Odontome nebst Mitheilung eines neue einschlägigen Falles (Sur les odontomes ondotoplastiques à propos d'un cas nouveau), par A. KROGIUS (*Archiv f. klin. Chir., L, 2, p. 275-305, 1895*).

A propos d'un cas de ce genre, Krogius fait un historique complet de la question. Il admet la classification de Broca comme la plus claire et la plus compréhensive mais sous quelques réserves, car elle ne s'appuie pas entièrement sur les faits histologiques et n'est pas en complet accord avec nos connaissances sur le développement des dents. Les symptômes sont souvent assez peu nets pour que le diagnostic ne puisse être posé qu'au moment de l'opération. C'est ce qui arriva à l'auteur qui pensait n'avoir à faire qu'à un séquestre du maxillaire inférieur. L'odontome ne présentait pas trace de couronne ni de racine, mais contenait les éléments spécifiques de la dent (émail, dentine); il s'était développé aux dépens d'une dent surnuméraire. (O. ondotoplastique hétérotopique.)

MARCEL BAUDOUIN.

Sur un signe précoce de certaines ostéites du maxillaire inférieur se terminant par nécrose, par E. VINCENT (d'Alger) (*Archives provinc. de chir., p. 520, août 1895*).

L'auteur rapporte trois observations d'ostéite aiguë du maxillaire inférieur suivie de nécrose et consécutive à l'éruption difficile de la dent de sagesse et dans deux de ces cas le nerf dentaire inférieur a été détruit et a traduit son altération par l'anesthésie de ses branches terminales. Il y a lieu de supposer que ce symptôme existe assez souvent, qu'il n'a pas été mentionné par défaut d'observation; qu'on le constatera davantage, lorsque l'attention aura été appelée sur lui et qu'on le recherchera spécialement.

Ce sont les lésions inflammatoires et nécrosiques développées sur la face interne de la moitié postérieure du maxillaire inférieur et celles qui proviennent de la dent de sagesse qui pourront amener l'altération du nerf dentaire.

Si la plaque anesthésique est un indice certain de la participation de l'os aux phénomènes pathologiques, son absence ne signifie pas toujours que l'os a conservé son intégrité. Cette absence montre aussi que, si l'os est atteint, il ne l'est que superficiellement et que la nécrose a épargné le centre du corps du maxillaire.

L'existence du symptôme notée dans les premiers jours de l'évolution du mal devrait encourager l'opérateur à trépaner immédiatement le maxillaire inférieur dans le point d'élection qui correspond à l'implantation de la dent de sagesse, pour limiter l'étendue de la nécrose. P. VERCHÈRE.

I. — Amputation of the entire upper extremity, including the scapula and clavicle....., par W.-W. KEEN (*Trans. of Amer. surg. Ass., XII, p. 35*).

II. — Amputation at the shoulder-joint, par Oscar ALLIS (*Ibidem, p. 70*).

I. — Dans ce long travail, K. étudie la désarticulation simple de l'épaule, les cas où, l'aisselle étant envahie par le processus morbide, le curage de la région doit être fait et suivi de l'amputation de l'épaule, et enfin les cas où l'étendue du mal nécessite l'ablation du membre supérieur anatomique dans son entier, c'est-à-dire le bras, la clavicule et l'omoplate.

Amputation simple du membre supérieur. La technique opératoire laissée de côté, K. insiste surtout sur l'hémostase et les moyens de l'assurer. K. préconise la méthode de Wyeth et décrit à nouveau minutieusement le manuel opératoire de l'introduction des grandes aiguilles et de l'application de la bande de caoutchouc. Des photographies accompagnent le texte. K. donne, de plus, des observations cliniques où, appliquant la méthode, la perte de sang fut réduite presque à rien, l'opérateur pouvant procéder à l'amputation avec toute la lenteur nécessaire pour mener à bien son intervention.

Amputation de l'épaule dans les cas où l'aisselle est envahie si profondément, que les aiguilles de Wyeth ne peuvent être employées. La méthode de Delpech (1812) est la meilleure; elle a singulièrement bénéficié de l'asepsie moderne.

Hémostase dans le cas où il est nécessaire de faire l'ablation du bras, de l'omoplate et de la clavicule (amputation interscapulo-thoracique des auteurs français). La clef de la situation dans cet énorme délabrement est tout entière dans la sécurité hémostatique parfaite. Rappel des travaux de Bergmann, Treves et tout spécialement de ceux de Berger (1887), dont K. adopte nettement les conclusions. Le travail se termine par une observation clinique d'un cas d'ablation totale pour sarcome de l'épaule suivi de guérison. Une photographie de la malade amputée montre que le résultat opératoire fut excellent.

II. — Dans ce cas, A. a obtenu un excellent résultat chirurgical de l'emploi des aiguilles de Wyeth. C'est pour lui un mode de compression bien supérieur à la compression digitale. CART.

A successfull case of removal of the entire upper extremity for injury by Berger's method, par Thomas F. CHAVASSE (*Brit. med. Journ., 19 octobre 1895*).

Homme de 32 ans, broiement du bras gauche par une machine, décollement des tissus, déchirure des muscles jusqu'au-dessus de l'épaule. Ablation du membre, y compris la clavicule et l'omoplate, une heure après l'accident. Guérison rapide.

L'auteur insiste sur les avantages du procédé de Berger. A. CARTAZ.

Amputation interscapulo-thoracique, par BŒCKEL (*9e Cong. franç. de chir., oct., 1895*).

Jeune fille de 24 ans, ostéosarcome de l'extrémité supérieure du bras. L'énucléation du néoplasme fut suivie d'une récidive rapide. Deux mois plus tard, désarticulation de l'épaule et de l'omoplate. Guérison. Mais trois mois plus tard, nouvelle récidive, ablation, mais le mal récidive encore et devient inopérable. A. CARTAZ.

Gaz du pus : abcès gazeux; pneumothorax essentiel, par F. BARJON (*Arch. prov. de chir., p. 459, juillet 1895*).

Femme de 21 ans. Avortement il y a un an, suivi de métrorragies pendant 2 mois. 8 mois après, à la suite d'un refroidissement au moment de ses règles, légère péritonite. Vers le mois de septembre, douleurs dans la fesse droite, puis signes d'abcès. En déprimant avec les doigts réunis en coin, on produit une espèce de piaulement assez fort pour être entendu à distance. Les mouvements de la hanche sont possibles, non douloureux. Le 16 novembre, l'incision tombe sur un foyer d'où s'échappe en sifflant une assez grande quantité de gaz ; ce gaz est inodore. La cavité est assez large ; elle se prolonge en haut, le long de la colonne ; en bas, contre la paroi de l'os iliaque ; en aucun point ne communique avec l'abdomen. On admet que le gaz s'est formé sur place spontanément. La guérison est complète trois semaines après.

A l'examen bactériologique du pus, on ne trouve aucun microbe et les cultures restent stériles. Les cobayes inoculés n'ont jamais présenté de crépitation gazeuse au niveau du point inoculé.

De ce fait, l'auteur conclut qu'il peut exister des collections purulentes s'accompagnant de production spontanée de gaz. L'ancien pneumothorax essentiel ne doit pas être rejeté d'une façon aussi formelle que l'ont fait certains auteurs. F. VERCHÈRE.

Ueber die Beziehungen der Trauma..... (Des rapports du traumatisme avec les tumeurs malignes), par ZIEGLER (*Münch. med. Woch., nos 27 et 28, p. 621 et 2650, 1895*).

Les résultats de la statistique de Ziegler sont les suivants : sur 328 carcinomes, il a trouvé 35 fois un traumatisme unique, 92 fois des irritations chroniques ; sur 171 sarcomes, 35 fois un trauma unique et 32 fois des irritations chroniques : soit en tout, sur 499 tumeurs : 90 fois un traumatisme unique et 124 fois des irritations chroniques. C. LUZET.

Traitement des brûlures; emploi du thyol, par P. GIRAUDON (*Thèse de Paris n° 500, 1895*).

L'antisepsie la plus rigoureuse doit être observée dans le traitement des brûlures. Elle doit surtout être faite dès le premier pansement. Le topique donnant les meilleurs résultats est le thyol accompagné du pansement occlusif rare.

Les résultats du traitement pour les brûlures du deuxième degré son véritablement surprenants : les brûlures guérissent sans laisser aucune trace. Résultats encore excellents pour les brûlures des troisième et quatrième degré. Le thyol supprime les suppurations profuses et les cica-

trices vicieuses qui en étaient la conséquence. Avec lui plus de brides cicatricielles. F. VERCHÈRE.

Der lufthaltige subphrenische Abcess...... (L'empyème sous-phrénique; péritonite circonscrite perforative sous-phrénique; guérison par opération), par BUTTERSACK (*Münch. med. Woch.*, *nº 6*, *p. 116*, *1895*).

Femme de 28 ans. Dès l'adolescence, gastralgies fréquentes qui continuent, en sorte que, en 1892, fut porté le diagnostic d'ulcère de l'estomac. Deux ans après, en janvier 1894, la malade subit une dilatation du col de l'utérus pour sterilité et devient enceinte à la fin de février. Le 16 avril, surviennent subitement des douleurs internes de la région épigastrique auxquelles s'ajoutent bientôt des signes de péritonite diffuse; le 19, il existait du liquide libre, épanché dans le péritoine, mais les douleurs épigastriques restent au premier plan. Le 1er mai, on porte le diagnostic de péritonite suppurée avec développement de gaz, localisée, en raison d'une énorme distension de la région susombilicale de l'abdomen. Le lendemain est faite l'incision et on tombe dans une cavité limitée en haut par le diaphragme, latéralement par les fausses côtes, en bas par une membrane pyogène. Un avortement se produit pendant les jours suivants. Après une longue suppuration la malade peut être considérée comme guérie à la fin de juin. C. LUZET.

Des lipomes symétriques, par M. KATZENELLENBOYEN (*Thèse de Paris*, *1895*).

Travail dans lequel la question d'étiologie tient la principale place. L'auteur y établit que les lipomes sont tantôt le résultat d'une production exagérée de la graisse, et dans ce cas ils s'observent lorsque la nutrition est ralentie; tantôt ils résultent d'un défaut d'excrétion de la graisse par la peau. C'est alors à un trouble de la sécrétion sudorale et sébacée que doit être rattachée la lipomatose. Ce trouble sécrétoire a son point de départ dans une lésion de la moelle. OZENNE.

Ein Fall von Darmcyste (enterokystom) in der sacral Region (Un cas d'entéro-cyste de la région sacrée), par P. KUSNICK (*Deutsche Zeitschr. für Chir.*, *XLI*, *1-3*, *p. 199-205*).

Une fille de 17 ans porte une tumeur congénitale de la région sacrée, atteignant la fesse droite; tumeur grosse comme le poing, mollasse, non adhérente à la peau; elle s'est enflammée et fistulisée depuis quelques temps, le liquide qui en sort est sanguinolent et fétide. Au dessous, seconde tumeur ovoïde, non douloureuse, à la base de laquelle est une invagination cutanée cicatricielle, entourée d'invaginations plus petites (la tumeur aurait été opérée à l'âge de cinq ans). L'anus est à 1 cent. 5 de la fourchette.

Diagnostic clinique : Spina bifida.

Après incision, on tombe sur un kyste contenant des matières fécales, et dont la paroi a l'aspect de la muqueuse intestinale; on ne trouve aucune communication de la tumeur et de l'intestin.

Extirpation totale. Guérison après quelques accidents locaux et sécrétion peu durable d'une matière fécaloïde.

La paroi avait la structure du gros intestin; la tumeur était soit un diverticule de l'ampoule rectale, soit une portion du côlon ayant traversé

quelque orifice anormal. L'oblitération devait être de date récente. Pas de malformation appréciable du sacrum. MARCEL BAUDOUIN.

Ueber die Operation der Unterschenkelvaricen..... (L'opération des varices par la méthode de Trendelenburg), par Georg. PERTHES (*Deutsche med. Woch., n° 16, p. 253, 1894*).

L'opération de Trendelenburg a été pratiquée depuis le 1er janvier 1884 sur 63 sujets à la clinique de Bonn ; certains malades ayant subi l'opération des deux côtés, le nombre des opérations s'élève à 87.

La guérison par première intention a été obtenue dans tous les cas sauf un : où il y eut une petite nécrose de l'aponévrose et thrombose de la saphène au voisinage de la ligature, le sujet fut atteint de dyspnée subite qui disparut en quelques heures (embolie de l'artère pulmonaire). De petites thromboses ont été observées en outre, dans 8 cas, chez des malades dont la plaie avait cicatrisé aseptiquement.

Sur les 63 sujets, 9 seulement ne présentaient pas d'ulcères ; tous ces ulcères, sauf 3, ont guéri en quelques jours par le fait de l'opération. La guérison s'est maintenue chez la plupart des malades ainsi qu'il résulte de l'enquête faite par Perthes. Chez quelques-uns la guérison date de 9 ans et il s'agit de personnes adonnées aux travaux de la campagne ou obligées de faire chaque jour de longues marches ; 9 fois seulement sur 41 cas dont on a pu avoir des renseignements, il y a eu récidive de varices due soit à la régénération du tronc de la saphène, soit à la présence de collatérales ; dans ce cas, une nouvelle opération ou une opération multiple est nécessaire. D'une manière générale, l'opération a d'autant plus de chances de réussite qu'elle est faite sur un point plus élevé de la saphène.

La bénignité et l'efficacité de cette opération l'emportent de beaucoup sur la méthode de Madelung. H. DE BRINON.

Die Histologie der Varicen, par Menahem HODARA (*Monats. f. prakt. Dermatol., XX, nos 1 et 2*).

L'augmentation de la pression sanguine dans les veines en détermine d'abord la dilatation ; le tissu élastique de la paroi oppose une résistance à cet excès de pression ; il s'hypertrophie et s'hyperplasie ; néanmoins les vaisseaux se dilatent. Plus tard, la tunique musculaire présente de même une hypertrophie avec hyperplasie ; il en est de même parfois du tissu conjonctif des tuniques médiane et interne ; il en résulte un épaississement des parois ; le tissu élastique parcourt alors toutes les membranes sous forme de lamelles indurées ; c'est l'hypertrophie externe de la veine il s'y ajoute une néoformation de tissu dans la tunique interne ; son tissu élastique, par suite d'une importante hypertrophie avec hyperplasie s'y présente sous la forme de lamelles résistantes ; c'est l'hypertrophie interne. Malgré cette résistance, les parois peuvent se laisser distendre ; dans ces conditions, il peut se former un thrombus : il n'y a plus dès lors d'augmentation de la tension et les lésions de résistance indiquées précédemment font place à une atrophie ; les tissus musculaire et élastique disparaissent en grande partie, d'abord dans les tuniques interne et moyenne, et partiellement aussi dans la tunique externe.

D'autres fois, les parois se rompent; le sang se trouve arrêté par la formation d'un manteau élastique qui constitue comme une paroi artificielle du vaisseau; celle-ci cède à son tour et plus loin un nouveau manteau élastique vient de nouveau s'opposer à l'extension de l'hémorragie; il se forme ainsi dans l'hypoderme une sorte de tissu caverneux.

Rarement ce tissu se développe aussi dans le derme qui prend alors un aspect spongieux. H. HALLOPEAU.

Contribution à l'étude de la tuberculose mammaire, par H. GAUDIER et M. PÉRAIRE (*Revue de chir., n° 9, p. 768, 1895*).

Gaudier et Péraire apportent 3 observations nouvelles de tuberculose mammaire :

1° Une gomme tuberculeuse développée primitivement dans la mamelle chez une femme jusque-là indemne de toute tuberculose ;

2° Une infection tuberculeuse de la mamelle et du poumon consécutive à une sacro-coxalgie ;

3° Une tuberculose mammaire consécutive à une lésion pleurale et évoluant en même temps qu'une ostéite sternale.

Le traitement doit consister dans l'ablation large des lésions : résection partielle de la glande, si le foyer est bien limité ; amputation totale, si l'on a affaire à des lésions disséminées; curage complet de l'aisselle si les ganglions sont pris. C. WALTHER.

Contribution à l'étude des sarcomes kystiques de la mamelle, par E. DESGRANGES (*Thèse de Paris, 1895*).

L'adéno-sarcome kystique de la mamelle constitue, d'après l'auteur, une affection assez fréquente, formant au point de vue anatomo-pathologique un groupe morbide bien défini, caractérisé par une tumeur centrale de nature sarcomateuse (globo ou fusocellulaire) à laquelle viennent s'adjoindre des cavités kystiques (kystes par extravasation, par dégénérescence ou par rétention). Ces tumeurs se voient chez des femmes de 35 à 70 ans et évoluent assez rapidement en trois étapes : prékystique, kystique et ulcéreuse. Quoique moins francs que le carcinome, on peut penser que souvent ces adéno-sarcomes se comportent comme le pire des cancers. F. VERCHÈRE.

Note sur le traitement chirurgical du varicocèle; nouvelle technique opératoire pour les cas complexes, par J. BRAULT (*Lyon méd., 13 octobre 1895*).

B. ne croit pas suffisante la résection du scrotum pour les cas complexes, avec grosses varicosités. Il propose, dans ces cas, de faire une résection scrotale postéro-externe de forme ovalaire très allongée à ses deux extrémités qui conduit directement sur le cordon. On fait alors la ligature successive et l'excision des veines variqueuses, puis on rabat les deux incisions scrotales, la moitié inférieure de l'ovale sur la partie supérieure de manière à obtenir une ligne de suture en V renversé. A. CARTAZ.

Contribution à l'étude des lipomes du cordon spermatique, par SARAZIN (*Thèse de Paris, 1895*).

Affection rare, mais plus fréquente que ne l'admettent les auteurs, ne paraît pas siéger plus souvent du côté gauche. Les lipomes du cordon existent presque toujours à l'état isolé et semblent prendre naissance aux dépens des amas graisseux qui entourent les vestiges du canal péritonéo-vaginal. Le volume peut être considérable sans altérer les organes avec lesquels ils sont en rapport. Leur diagnostic est difficile, parfois impossible; le seul traitement est l'extirpation, nécessitant, dans les cas de grand développement, le sacrifice du testicule. F. VERCHÈRE.

Lymphangite gangréneuse du fourreau de la verge, par A. POUSSON (*Journ. de méd. Bordeaux, 7 avril 1895*).

Homme de 43 ans, sans antécédents pathologiques, ni albuminurique, ni glycosurique. Légère plaie superficielle du prépuce, bientôt suivie de deux autres ulcérations et d'une gangrène de la plus grande partie du fourreau de la verge. Quelques jours plus tard, les plaques gagnent un peu vers le pubis et sur la face antérieure du scrotum. Élimination lente des tissus mortifiés, ce qui a pour résultat de mettre à nu le corps caverneux et le corps spongieux, puis, l'élimination faite, le travail de réparation a commencé et un tissu de cicatrisation souple a remplacé la peau. La verge est rétractée, raccourcie, ce qui peut faire naître des doutes au sujet du rétablissement de ses fonctions génitales. OZENNE.

Emploi du gaïacol pour l'anesthésie locale, par J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (*Bull. Acad. méd., 30 juillet 1895*).

Pour remplacer la cocaïne, Championnière s'est servi, comme agent anesthésique local, du gaïacol dissous dans l'huile d'olive stérilisée ; on peut en injecter cinq à dix centigrammes ou même plus et le résultat anesthésique est parfait, si l'on a eu soin d'attendre six à huit minutes avant de commencer l'incision. Ces injections, nullement dangereuses, peuvent donc rendre de réels services dans la petite chirurgie. OZENNE.

Statistique d'anesthésies dans les pays scandinaves de 1894 à 1895, par A. LINDH (*Nordiskt med. Arkiv, XXVII, 23*).

Cette statistique comprend 15,052 cas d'anesthésie, dont 11,284 par le chloroforme, 1,279 par l'éther, 2,122 par le chloroforme et l'éther, 362 par le bromure d'éthyle et 5 par le bromure d'éthyle et le chloroforme. L'asphyxie a été notée dans 139 cas ; la syncope, dans 52 ; l'ictère, 10 fois ; l'albuminurie, 128 fois ; les affections pulmonaires, 36 fois ; la faiblesse du cœur avec collapsus, 43 fois. Enfin on a eu à déplorer 18 cas de mort qui sont survenus : 2 fois avec le chloroforme donné par gouttes et injections de morphine, 4 fois avec le chloroforme et l'éther, sans morphine, 2 fois par le chloroforme à doses massives sans morphine, 2 fois par l'éther sans morphine ; 8 fois par le chloroforme (par gouttes) sans morphine. A. CARTAZ.

— Sur un nouveau cas d'actinomycose temporo-maxillaire, par A. PONCET (*Lyon méd., 15 décembre 1895*).

II. — Actinomycose cérébro-spinale, par L. DOR (*Ibidem*).

III. — Contribution à l'étude de l'actinomycose en France, par J. JIROU (*Thèse de Lyon, 1894*).

IV. — De l'actinomycose cervico-faciale, par V. BESSE (*Ibid., 1895*).

V. — De l'actinomycose du maxillaire supérieur, par QUÉNOT (*Ibidem*).

I. — Homme de 38 ans, employé de fabrique, pris de gonflement dans l'angle de la mâchoire, de douleurs, puis de trismus. Ouverture d'un foyer qui semblait un abcès; persistance d'une fistule. Dents saines.

A son entrée à l'hôpital, on trouve une induration de tout le masséter : le pus de la fistule donne des graines d'actinomycètes. Curetage; pansements iodés et iodurés, 2 grammes d'iodure à l'intérieur. Un mois plus tard, une nouvelle intervention montre que le masséter était envahi, large curetage et même médication.

Ce nouveau cas porte à 11 (9 hommes, 2 femmes), les cas d'actinomycose observés depuis trois ans dans la zone lyonnaise, 4 autres cas ont été observés par Rochet (*Gaz. hebd. Paris*, 1893), Bert (*Province méd.* 7 déc. 1895); par Jaboulay, Pollosson (résumés dans les deux thèses de Jirou et de Besse.) P. fait observer la localisation fréquente dans la région temporo-maxillaire où elle affecte la forme aiguë ou surtout la forme chronique. P. résume les principaux symptômes et pense que la douleur temporo-maxillaire, accompagnée d'un trismus précoce permanent, intermittent seulement dans ses degrés et ne s'expliquant pas par l'intensité des douleurs et des lésions inflammatoires, du gonflement de la région temporo-maxillaire avec intégrité du squelette, doit faire songer à l'actinomycose. (Voy. *R. S. M.*, XLVI, 264, 668.)

II. — Chez un malade de Poncet, amélioré par l'iodure et pris brusquement de troubles nerveux mortels, D. a trouvé à l'autopsie des lésions de méningite rachidienne, allant du cervelet à la queue de cheval; une quantité de pus séparait la dure-mère de la moelle et on trouvait dans ce pus, outre les grains d'actinomycose, des staphylocoques. Les lésions superficielles de l'actinomycose étaient guéries.

D. pense que l'infection a dû se faire par un thrombus actinomycosique.

Vallas cite un cas analogue comme marche et terminaison par accidents bulbaires; mais il n'y eut pas d'autopsie.

III à V. — Ces trois thèses, inspirées par Poncet, résument bien la question. La première en date, celle de Jirou, est une des plus complètes; historique, anatomie pathologique, symptômes, diagnostic forment autant de chapitres, dans lesquels l'auteur expose avec une grande clarté l'étude de cette curieuse maladie. Il distingue trois formes, comparables dans leur évolution à la tuberculose : néoplasique, caséeuse, pyohémique, la seconde étant la plus fréquente. Il concluait, en se basant sur le chiffre peu élevé des observations publiées en France, 14, que la maladie était rare dans notre pays. La multiplication des cas, dans la sphère lyonnaise, depuis la publication de son travail, montre qu'elle passe vraisemblablement souvent inaperçue ou est confondue avec des lésions suppuratives ostéo-tuberculeuses.

Besse, dans sa thèse, étudie plus spécialement la forme cervico-faciale; c'est de beaucoup la plus fréquente, 55 0/0 des cas publiés à l'étranger,

et sur le total des cas observés en France, 38, il y en a 35 (à Lyon, 9 sur 12 cas).

B. distingue deux types cliniques : cervicale et jugale ; l'autre, décrite par Poncet, temporo-maxillaire. Suivant la marche et l'évolution qui ont souvent pour cause plus l'état du sujet que l'affection elle-même, il existe des formes aiguës et torpides. Contrairement à Jirou, B. croit l'actinomycose aussi fréquente en France que dans les autres pays. En deux ans il a relevé 23 cas, sur les 38 observés à ce jour.

Quénot a surtout en vue l'actinomycose du maxillaire supérieur ; il en rapporte 16 cas, dont 2 dus à Poncet. C'est donc une forme rare, comparée à la fréquence de la forme temporo-maxillaire. Dans 10 cas l'infection paraît s'être faite au niveau de dents cariées. Cette localisation est une des formes les plus graves, en raison du voisinage de la base du crâne ; l'infection se propage facilement. Sur les 16 cas, on compte 9 morts contre 6 guérisons. Le traitement ne diffère pas de celui des formes ordinaires. A. CARTAZ.

De la chondrite costale, par John BERG (*Nordiskt med. Arkiv*, *XXVII*, *22*).

Etude détaillée de 67 cas de cette affection. Après avoir décrit les signes, la marche de la chondrite, B. conclut que l'intervention doit être aussi précoce que possible, une fois écartée (par le traitement spécifique) l'origine syphilitique. Il faut donner la préférence à la résection typique dont l'étendue variera suivant les cas ; à ce point de vue, la tuberculose offre souvent des lésions plus limitées que la fièvre typhoïde. A. CARTAZ.

Note sur la résection des canaux déférents et son influence sur l'état de la prostate, par F. GUYON (*9e Cong. franç. chir.*, *octobre 1895*).

Guyon pensant que l'isolement physiologique de la prostate et des testicules, par la suppression des canaux déférents, suffirait pour produire des effet semblables à ceux réalisés par l'enlèvement des testicules, a fait un certain nombre d'expériences comparatives sur des chiens. Ces expériences ont porté sur la castration double, la résection bilatérale des canaux déférents et la section d'un déférent avec castration de l'autre côté. Il en est résulté des modifications du stroma, moins prononcées que par la castration, mais aboutissant cependant à une atrophie réelle, quoique plus lente à se produire.

Le même résultat a été obtenu sur trois malades. L'un était un rétentionniste complet depuis 10 ans avec fréquents besoins d'uriner. La section bilatérale des deux déférents a été suivie de la diminution de fréquence des mictions, d'une plus grande facilité du cathétérisme et de la diminution de turgescence de la prostate.

Le second malade se trouvait dans les mêmes conditions. Après l'opération les mictions cessèrent d'être fréquentes ; mais la prostate resta dure et volumineuse. Dans ces deux cas, pas de modifications des testicules.

Quant au troisième malade, rétentionniste depuis un mois et atteint d'une épididymite volumineuse, la résection bilatérale des déférents a eu pour effet de faire disparaître cette épididymite et de permettre au malade d'uriner sans sonde au bout de quelque temps.

Guyon recommande la technique suivante : à un ou deux centimètres de chaque côté du raphé on fait une incision qui met le canal déférent à découvert. Ce canal isolé, on sectionne l'extrémité inférieure, puis après, une ligature étant placée sur l'extrémité supérieure, une nouvelle section est faite immédiatement au-dessus. Le canal est ensuite réséqué dans presque toute l'étendue de sa portion scrotale. OZENNE.

De la cure radicale de l'hypertrophie de la prostate, par E. LAUNOIS et F. PIQUOIS (*Bull. méd.*, *19-23 juin 1895*).

Après quelques lignes sur les derniers traitements appliqués à la cure de l'hypertrophie de la prostate, Launois et Piquois s'occupent plus particulièrement du plus récent de ces traitements, la castration double. Ils en donnent un rapide historique ainsi que le résumé de 53 observations recueillies dans la littérature étrangère et après avoir passé en revue les résultats de la méthode, les objections dont elle est passible et les autres procédés de cure radicale (section ou ligature des canaux déférents, ligature des vaisseaux du cordon, ligature en masse des éléments du cordon et injections interstitielles), ils concluent ainsi : La castration double peut être considérée comme une opération rationnelle; les résultats, au point de vue fonctionnel, sont le plus souvent satisfaisants.

Il en est de même des procédés qui, par des moyens divers, entraînent plus ou moins rapidement l'atrophie des glandes génitales mâles.

Judicieusement appliquées, ces différentes méthodes peuvent rendre des services. OZENNE.

I. — De la castration dans l'hypertrophie de la prostate, par ALBARRAN (*Cong. franç. chir.*, *octobre 1895*).

II. — De la castration contre les accidents de prostatisme, par LEGUEU (*Ibidem*).

I. — Albarran a recueilli plusieurs observations confirmant que la castration double amène l'atrophie de la prostate ; mais dans la diminution de volume de l'organe il faut tenir compte de la décongestion. D'autre part la castration agit sur la contractilité vésicale en diminuant le volume de la glande. Les effets varient suivant les cas.

Chez les prostatiques avec dysurie sans rétention d'urine, elle a pour résultat de diminuer le nombre de mictions; chez les prostatiques avec rétentions aiguës, elle paraît agir en décongestionnant la prostate et la vessie.

II. — Legueu rapporte l'observation de deux prostatiques traités par la castration. Chez l'un le résultat a été nul; chez l'autre les hématuries ont cessé et l'usage de la sonde est devenue inutile. L'auteur estime que la castration agit principalement sur l'élément congestif. OZENNE.

Conditions physiologiques de la résection de la prostate dans l'hypertrophie de cet organe, par DESNOS (*9e Cong. franç. chir.*, *octobre 1895*).

On sait que le prostatisme frappe simultanément tous les organes de l'appareil urinaire. Toutefois, la sclérose de la vessie ne se réalise que

progressivement et par le fait de l'obstacle prostatique qu'elle a à vaincre pour fonctionner. Il est donc logique de supposer que, cet obstacle supprimé, on peut arrêter le développement des lésions vésicales.

En s'appuyant sur ces prévisions, Desnos a pratiqué 22 résections de la prostate avec les résultats suivants : 15 améliorations ou guérisons; 4 états stationnaires, 1 aggravation, 2 morts (1 par infection et 1 mort subite au huitième jour). Les résultats heureux (disparition de la rétention et des douleurs; absence de récidive) n'ont été obtenus que chez des malades relativement jeunes et pourvus d'une vessie contractile.

OZENNE.

Varicocèle survenu à la suite d'une cure radicale de hernie inguinale, par THIRIAR (*Ann. Soc. belge chir.*, *15 novembre 1895*).

Homme de 31 ans. Hernie inguinale volumineuse, réductible, mais douloureuse. Cure radicale; guérison en 15 jours. 20 mois plus tard la guérison s'est maintenue sans récidive, mais on constate un volumineux varicocèle du plexus pampiniforme, probablement dû à la compression par les sutures faites au niveau de l'anneau inguinal. La compression n'a dû porter ni sur le canal déférent ni sur l'artère spermatique, car le testicule n'est pas atrophié. OZENNE.

OPHTALMOLOGIE.

Examen ophtalmoscopique à l'image renversée sur les yeux fortement myopes, par DEMICHÈRI (*Annales d'oculistique, CXIV, n° 2, août 1895*).

L'auteur propose le procédé suivant : supposant qu'on ait à examiner un œil myope de 20 dioptries, dont le remotum se trouve, par conséquent, à 5 centimètres à peu près en avant de la cornée. On emploie pour cet examen un miroir concave ordinaire et une loupe de 12 dioptries (8 centimètres à peu près du foyer). On commence par pratiquer l'examen à l'image renversée comme d'habitude, mais en éloignant la loupe de l'œil de telle façon que cette distance soit plus grande que le remotum de l'œil. Naturellement, l'image du fond de l'œil se trouvera entre le point nodal et le foyer de cette lentille, et l'œil placé derrière le miroir verra une image agrandie et virtuelle. ROHMER.

Pathogénie de la myopie, par BITZOS (*Annales d'oculistique, CXIV, n° 4, octobre 1895*).

De ces recherches, l'auteur tire les conclusions suivantes : 1° l'anneau sclérotical, loin d'être constant, manque ordinairement dans l'amétropie complètement ou presque, tandis qu'il existe comme tel, ou qu'il a la forme d'un croissant dans presque tous les cas d'œmétropie; 2° dans la myopie l'œil commence habituellement à avoir un tout mince croissant externe qui embrasse toute la pupille circulairement, comme anneau

sclérotical, tout en restant presque toujours plus large du côté externe. La largeur du croissant ou de l'anneau sclérotical, dans sa partie externe, est en rapport direct avec le degré de la myopie, ainsi que l'atrophie choroïdienne ultérieure ; 3° dans l'hypermétropie, ce rapport existe aussi, mais rarement le croissant évolue sans devenir auparavant anneau sclérotical ; il s'arrête ordinairement dans son développement ; 4° l'astigmatisme ne paraît pas influencer la direction du croissant ou de l'anneau sclérotical et de l'atrophie choroïdienne ultérieure, mais il semble accélérer et pousser leur évolution. ROHMER.

I. — La section du sympathique cervical dans ses effets sur la vision chez l'homme, par JABOULAY (*Lyon méd., 10 novembre 1895*).

II. — Le sympathique cervical et l'accommodation, par MORAT (*Lyon méd., 17 novembre 1895*).

J. a pratiqué deux fois la section du grand sympathique, entre les ganglions cervicaux supérieur et moyen, pour modifier la circulation cérébrale de malades épileptiques. Les symptômes classiques, rétrécissement de la fente palpébrale, rétraction du globe et renversement de la pupille, furent la suite de cette opération. Mais la vision devint meilleure du côté opéré. Le second malade, atteint d'astigmatisme myopique, a toujours son astigmatisme, mais le myosis l'a corrigé en ne laissant passer que les rayons voisins du centre de la cornée.

II. — M. conteste, au nom de la physiologie, l'assertion de J. Il a montré que l'excitation du sympathique cervical fait grandir l'image cristallinienne antérieure ; c'est donc bien un nerf accommodateur. A. C.

Contribution à l'étude de la dacryocystite, par P.-J. MARTIN (*Thèse de Paris, 1895*).

La dacryocystite paraît plus fréquente chez la femme que chez l'homme ; elle est surtout fréquente de 30 à 40 ans ; c'est une affection grave qui peut amener la perte de l'œil par complications, lesquelles sont fréquentes. Il n'y a pas, à l'heure actuelle, de traitement réellement efficace de la dacryocystite ; le mode de traitement qui paraît le meilleur dans les cas de dacryocystite purulente, est la résection de la paroi antérieure du sac, suivie de curetage et de désinfections journalières. Dans les cas de larmoiement simple, l'auteur conseille de faire le cathétérisme suivi d'irrigations. L'antisepsie des fosses nasales joue un rôle très important pour prévenir la propagation de l'infection au canal lacrymo-nasal. ROHMER.

La chromatopsie des hystériques, par PANSIER (*Annales d'oculist., CXIV, n° 3, septembre 1895*).

Les troubles chromatiques des hystériques peuvent être divisés en apparents et latents. Les troubles apparents consistent dans la cécité pour une ou plusieurs couleurs. Les troubles latents consistent en inversions des champs visuels colorés, à tel point qu'on en est réduit à dire que chez les hystériques ce qui caractérise le champ visuel des couleurs, c'est le désordre. L'auteur conclue de ses recherches qu'il faut chercher les causes des troubles oculaires de l'hystérie ailleurs que dans les con-

ducteurs optiques, et ne pas localiser leur origine au trou optique ni sur aucun point de leur parcours. C'est dans les centres cérébraux que doit se trouver le siège de cette lésion et que doit être recherchée l'origine de ces troubles. Le fait de trouver des troubles chromatiques absolument semblables à ceux de l'hystérie dans des lésions cérébrales nettement définies est un argument de plus en faveur de la localisation cérébrale de la névrose. ROHMER.

A case of alexia, par WEYMANN (*Americ. med.-surg. Bull.*, *1er octobre 1894*).

Un homme vigoureux, fumeur et grand buveur, atteint d'amblyopie, se fait examiner à l'ophtalmoscope. On trouve une papille très pâle et un scotome central correspondant à la zone de la macula. A l'interrogatoire du patient, on apprend qu'il ne peut lire les mots sans les avoir préalablement épelés à voix basse, ses yeux, qu'il compare aux anciens appareils de photographie, exigeant un certain laps de temps avant de traduire l'impression de la lettre; il accuse en outre de l'héméralopie. Le diagnostic est névrite optique rétro-bullaire, mais W. ne pense pas qu'elle puisse être d'origine centrale; il estime que d'après l'examen clinique du malade, il s'agit ici d'une alexie rétinienne, c'est-à-dire d'une torpeur extrême du tissu rétinien ayant perdu son exquise sensibilité sous l'influence intoxicante de l'alcool et de la nicotine. CART.

Statistique sur le trachome, par VAN MILLINGEN (*Annales d'oculist.*, *CXIV*, *n° 3*, *septembre 1895*).

L'auteur a demandé l'opinion des oculistes de différents pays, et, de leurs correspondances, il est arrivé à conclure que: 1° Le trachome est une maladie infectieuse et contagieuse qui prédomine dans les pays incultes, et qui tend à disparaître avec les progrès de la civilisation et de l'hygiène. L'hygiène et la propreté sont les meilleurs préservatifs contre le trachome. 2° Le trachome n'est pas influencé par l'altitude; il peut s'étendre partout où il y a des gens malpropres et se trouvant dans la misère, et aussi facilement à des hauteurs de 1,000 à 5,000 mètres que dans les plaines. 3° Toutes les races sont également susceptibles vis-à-vis du virus trachomateux. Une immunité pour certaines races n'existe pas.

ROHMER.

Formes cliniques de la diphtérie conjonctivale, par SOURDILLE (*Revue mens. des mal. de l'enf.*, *février 1895*).

Sourdille rappelle qu'il est établi que le bacille de Löffler donne lieu à deux variétés : la forme croupale et la forme interstitielle, et rapporte 4 observations nouvelles de la forme croupale avec examen bactériologique montrant l'association à ce bacille de streptocoques ou de staphylocoques; mais il admet que la diphtérie peut donner naissance à une forme catarrhale, en rapport avec une infection atténuée ; il donne en détail 2 observations d'un jeune enfant et d'une femme (frère et mère d'un enfant mort athrepsique, atteint d'une diphtérie conjonctivale, à forme croupale). Dans ces deux cas, il y a eu une double conjonctivite intense, avec sécrétion fibrineuse peu abondante, miroitement de la surface gonflée, mais pas de fausses membranes; l'examen bactériologique montra l'association de bacilles de Löffler et de staphylocoques. Dans

ces 2 cas, des instillations de violet de méthyle à 1 0/0 amenèrent la guérison en quelques jours. H. L.

La kératite filamenteuse, par SOURDILLE (*Thèse de Paris, 1895*).

La kératite filamenteuse est une affection de l'épithélium cornéen et accessoirement de la conjonctive, caractérisée par l'apparition d'excroissances longues et grêles, analogues à un fil de soie tordu. Ces filaments, essentiellement constitués par de l'épithélium plus ou moins modifié, se présentent sous des aspects microscopiques multiples qu'on peut ramener aux types suivants : filament fibrillaire et filament cellulaire. Les causes en sont d'ordre multiple : agents chimiques irritants (atropine), infections microbiennes, irritation des nerfs de la cornée (zona), lésions traumatiques. Au point de vue pathogénique, c'est une kératite épithéliale ; il s'agit d'une prolifération anormale de l'épithélium cornéen dont les cellules subissent tantôt la dégénérescence fibrillaire (cornée) et s'enroulent en forme de câble, tantôt la dégénérescence muqueuse. En outre, le mucus conjonctival prend accessoirement part à la formation de ces filaments. Au point de vue clinique, l'affection est caractérisée par la longueur de son évolution, la tendance constante aux récidives. Le pronostic en est d'ailleurs bénin, mais sa longueur, sa durée, les douleurs qu'elle provoque ne sont pas sans inquiéter vivement le malade et nécessitent un traitement énergique. Le traitement comporte les indications suivantes : suppression des collyres d'atropine et de cocaïne qui doivent être remplacés, en cas d'urgence, par des collyres d'hyosciamine ; abrasion du pédicule du filament, instillations de violet de méthyle, emploi du bandeau compressif et, accessoirement, antipyrine ou quinine à l'intérieur. ROHMER.

De la kératite hérédo-syphilitique tardive, par CHEVALLEREAU (*France méd., 3 mars 1895*).

Pour l'auteur, la syphilis est la seule cause de kératite interstitielle diffuse. Il en rapporte trois observations remarquables par l'âge relativement avancé des malades : 20, 29 et 34 ans.

La résorption des exsudats épanchés dans le parenchyme cornéen se fait d'autant plus lentement et d'autant moins complètement que les malades sont plus âgés.

La kératite interstitielle de la syphilis acquise est très rare, mais elle évolue rapidement et guérit sans laisser de traces. LEFLAIVE.

Étiologie et traitement des ulcères infectieux de la cornée, par ABADIE (*Annales d'oculist., CXIV, 2, août 1895*).

Plusieurs conditions simultanées sont nécessaires pour la production de l'ulcère infectieux de la cornée ; il faut tout d'abord une lésion plus ou moins étendue de la cornée ; en second lieu, la présence d'un agent infectieux ; enfin, que cet agent reste pendant un certain temps en contact avec le tissu cornéen dénudé par le traumatisme. Laissant de côté l'incision de Saemisch et la cautérisation ignée, l'auteur recommande surtout, comme traitement, les injections sous-conjonctivales de sublimé préconisées par Darier, surtout utiles chez les ozéneux, et qui permet-

tent d'obtenir la guérison, sans intervention chirurgicale, et sans toucher au tissu cornéen. ROHMER.

Le curetage hydraulique de la cornée, par SANTARNECHI (*Ann. d'oculist., CXIV n° 3, septembre 1895*).

Après cocaïnisation de l'œil et écartement des paupières, on attaque avec un jet de liquide antiseptique (sublimé à 1 0/00) les ulcères ou les parois des abcès ulcérés, en le promenant sur toute leur surface et en augmentant progressivement la violence du jet jusqu'à enlever la moindre parcelle du tissu mortifié adhérent; lorsque plus rien ne s'en détache, on s'arrête et on place un pansement occlusif. Les observations recueillies par l'auteur, prouvent que le curetage hydraulique peut être appliqué avantageusement à toutes sortes de lésions cornéennes, et il a d'autre part le grand mérite de se recommander par sa simplicité et par la facilité de son application. ROHMER.

Die Heilung der trachomatösen und skrophulösen Keratitis (Traitement de la kératite trachomateuse et scrofuleuse par l'opération dite Blepharochalasis), par Gustav SCHWABE (*Deut. med. Woch., n° 20, p. 317, 1895*).

Cette opération, que Schwabe a pratiquée plus de 500 fois, sur un total de 40,500 ophtalmies, présente l'avantage d'assurer la guérison rapide (en 2 à 3 semaines) des kératites d'origine trachomateuse ou scrofuleuse qui ont résisté à tous les autres traitements.

L'opération consiste essentiellement dans la résection d'un segment ovalaire de peau aux paupières, combinée avec la résection de la commissure externe. Le segment enlevé sur la paupière supérieure doit mesurer 20 millimètres, celui de la paupière inférieure 10 millimètres. Ces plaies sont réunies par de fines sutures; le résultat immédiat est de relever les cils dont le frottement sur la cornée est une des principales causes d'irritation et d'inoculation de cette membrane. Le relèvement des paupières que produit l'opération permet, en outre, un accès plus facile à l'air et à la lumière et une application plus parfaite des médicaments.

H. DE BRINON.

A propos d'un cas d'irido-choroïdite suppurative terminée par la guérison, par MORAX (*Annales d'oculist., CXIV, n° 4, octobre 1895*).

Il s'agit d'un malade atteint d'urétrite blennorragique chronique, qui a présenté antérieurement des accidents de rhumatisme blennorragique et qui, sans cause appréciable, est atteint très rapidement dans un œil de troubles de la vision, accompagnés de phénomènes douloureux et réactionnels aboutissant en 24 heures, à une cécité presque complète. On constate des symptômes d'irido-choroïdite suppurative. 12 jours après la perte de la vision, il se produit très rapidement une amélioration manifeste qui s'accentue progressivement. Un mois après le début de l'affection, l'acuité était déjà revenue au tiers de la normale. L'auteur rapporte deux observations semblables de Zimmermann et de Rauschenbach; il croit à la guérison spontanée, malgré les scarifications conjonctivales dans un cas, les injections sous-conjonctivales dans un autre, et l'absorption de 10 centigrammes de calomel dans le troisième. ROHMER.

Un cas d'irido-choroïdite suppurative avec guérison et restitution complète de l'acuité visuelle, par H. COPPEZ (*Rev. gén. d'opht., septembre 1895*).

Après avoir rappelé les cas de Rauschenbach et de Zimmermann, l'auteur rapporte celui d'un homme de 31 ans, atteint, 3 ans auparavant, d'ophtalmie blennorragique double, et qui présente actuellement tous les symptômes de l'irido-cyclite suppurée au début ; la vision est réduite à la simple perception lumineuse ; sangsues, injections sous-conjonctivales de sublimé, onctions mercurielles sur les membres, pilocarpine ; deux jours après, l'amélioration était déjà manifeste, les douleurs ont disparu ; au bout de quatre jours, le malade compte les doigts à 2 mètres ; 20 jours plus tard, la guérison est complète et s'est maintenue telle. L'auteur ne sait à quelle cause attribuer l'éclosion de la maladie, toutes les causes de suppuration, aussi bien locales que générales, faisant défaut. Pour lui, par analogie avec le cas de Zimmermann qui a employé le même remède, ce sont les injections sous-conjonctivales de sublimé qui ont amené la guérison. ROHMER.

Des hémorragies de la rétine (étude étiologique), par VALUDE (*Médecine moderne, p. 257, 24 avril 1895*).

On peut voir survenir chez des sujets atteints de lésion du cœur, alors même que celle-ci ne se traduit par aucun signe physique appréciable et ne deviendra apparente qu'au bout d'un temps plus ou moins long, des hémorragies rétiniennes ; celles-ci sont unilatérales et en nappe ; ce dernier caractère a une grande importance diagnostique, car on ne l'observe presque qu'à la suite de traumatisme ou dans les affections cardiaques.

Dans l'artério-sclérose sans lésion cardiaque apparente, on peut voir des hémorragies rétiniennes, qui ressemblent, à s'y méprendre, comme aspect ophtalmoscopique, aux rétinites du diabète et de l'albuminurie ; elles coïncident ordinairement avec les dilatations ampullaires sublinguales décrites par Gillot chez les sujets atteints d'hémorragies cérébrales.

GEORGES THIBIERGE.

Ueber Retinitis albuminurica gravidarum, par P. SILEX (*Berlin. klin. Woch., n° 18, p. 385, 6 mai 1895*).

Dans la rétinite albuminurique des femmes enceintes, les lésions du fond de l'œil sont très variables. Habituellement, la rétine est trouble, les contours de la papille indistincts, la papille fréquemment tuméfiée ; les veines sont dilatées et flexueuses, les artères rétrécies et souvent bordées de blanc. Tout à fait au début, à l'image droite, on voit le réflexe artériel central transformé en un cordon d'un brillant doré, plus large que le réflexe normal. La rétine, elle-même, présente des foyers de dégénération graisseuse sous formes de taches brillantes, d'un blanc clair affectant parfois sur la macula une disposition étoilée et des blocs arrondis, d'un rouge sang, disposés en rayons.

Les altérations oculaires consistent en une hypertrophie du tissu conjonctif de la couche des fibres nerveuses, dégénération graisseuse et épaississement scléreux des extrémités internes des fibres rayonnantes,

dégénération graisseuse des diverses couches rétiniennes, notamment de la couche granuleuse externe, dégénération scléreuse des cellules ganglionnaires et des fibres nerveuses, hémorragies et sclérose de la chorio-capillaire avec disparition consécutive du pigment qui parfois aussi prolifère ultérieurement. La totalité du tissu rétinien est envahie en partie par de la sérosité, en partie par des substances coagulables. Les gaines vasculaires offrent une infiltration cellulaire suivie de prolifération du tissu conjonctif périartériel. Le processus s'étend ensuite aux parois des vaisseaux qui deviennent le siège d'une artérite oblitérante, sous forme de dégénération hyaline et graisseuse, toujours plus marquée dans la région de la papille.

Mais, ni l'examen opthalmoscopique, ni l'anatomie pathologique ne peuvent indiquer si la rétinite est due à une néphrite aiguë, à un mal de Bright ou au rein gravidique ; seul le tableau clinique est différent.

L'affaiblissement visuel se développe lentement dans le cours des semaines et des mois, chez des primipares et dans la seconde moitié de la grossesse, en même temps qu'apparaît l'albuminurie. L'acuité de la vue diminue sans rétrécissement du champ visuel et sans trouble du sens chromatique. L'amaurose, constatée parfois, n'est pas sous la dépendance de l'affection rétinienne, car celle-ci persiste alors que la cécité a disparu depuis longtemps; elle tient à l'urémie ou à une complication, telle que le décollement de la rétine.

Quand la rétinite s'est montrée dans une première grossesse, elle a beaucoup de chance pour récidiver dans les suivantes, et chaque fois le pronostic s'en aggrave. La céphalée, les nausées et les vomissements peuvent manquer, mais l'œdème est presque constant. L'urine, rare, rouge brun foncé, renferme beaucoup d'albumine, des cylindres hyalins, rarement granuleux et des cellules épithéliales pleines de graisse.

On peut compter un cas de rétinite albuminurique par 3,000 accouchées. L'évolution de la maladie est subaiguë quand elle débute dès la deuxième moitié de la grossesse et aiguë quand elle survient vers la fin.

A côté du rein gravidique, qui est la cause la plus commune de la rétinite albuminurique des femmes enceintes, une néphrite aiguë accidentelle peut aussi lui donner naissance. D'autre part, lorsque la rétinite apparaît dès les premières semaines de la grossesse, on doit se demander si elle n'est pas due à une néphrite chronique aggravée par la grossesse. Le rein gravidique peut, d'ailleurs, se transformer en néphrite chronique.

Le pronostic de la rétinite gravidique varie suivant la lésion rénale qui l'a occasionnée. Il est mauvais quand il s'agit du mal de Bright et de l'atrophie du rein et les malades succombent au bout de 18 mois à 2 ans avant guérison de leur rétinite. Il est moins fâcheux quand il s'agit d'une néphrite aiguë, car il peut y avoir guérison parfaite de l'affection rénale et des altérations oculaires. Il est le meilleur quand il s'agit du rein gravidique; mais ici même on ne peut espérer un rétablissement parfait de la vue qu'autant que le terme, spontané ou provoqué, de la grossesse est proche. Une femme qui ne présenta de rétinite qu'à la onzième grossesse, cinq semaines avant d'accoucher, vit son acuité visuelle réduite au centième. La complication d'hémorragies du corps

vitré implique une intervention obstétricale immédiate. La diminution de la vue dans la rétinite gravidique est due moins aux altérations rétiniennes initiales qu'aux complications qui se produisent avec le temps: atrophie du nerf optique, de la rétine et de la choroïde, décollement rétinien.

2 fois seulement sur 21, Silex a constaté la rétrocession des altérations rétiniennes; d'ordinaire elles persistent à l'image droite, alors même qu'elles ne sont plus visibles à l'image renversée. Ce qu'on voit le plus fréquemment, ce sont des points blancs très fins, d'aspect cristallin sur la tache jaune, ou bien des dégénérations du pigment de la macula. Chez les femmes qui ont gardé une mauvaise vue, les papilles sont plus ou moins décolorées, leurs limites souvent mal distinctes et les vaisseaux filiformes aussi bien sur la papille que sur la rétine qui semble atrophiée. L'épithélium pigmenté a disparu par places, tandis qu'ailleurs il a proliféré; dans les intervalles, se trouvent des foyers blancs d'atrophie de la choroïde.

Le décollement de la rétine causé par la rétinite de la grossesse est d'un pronostic relativement bénin.

Au point de vue du traitement, Siegel est partisan de l'accouchement prématuré provoqué sans retard. Il n'admet l'expectation qu'autant que l'examen ophtalmoscopique ne révèle aucune lésion vasculaire en particulier, ni modification du réflexe, ni état hyalin sur le bord des artères et quelle que soit d'ailleurs l'intensité des troubles visuels. J. B.

Cas multiples de gliome de la rétine dans la même famille. par FEINSTEIN (*Gaz. lekarska*, *4 mai 1895*).

Il y a 20 ans, on a opéré un garçon de 2 ans pour un gliome de la rétine; quelques mois après, récidive et mort. Deux ans après on a énucléé un œil à la sœur de ce garçon pour une tumeur de même nature; cette sœur est âgée actuellement de 20 ans. Une deuxième sœur, âgée alors de 4 ans, fut opérée il y a 4 ans, encore pour un gliome; morte 3 mois après l'opération par récidive. L'année dernière l'auteur a opéré une fille âgée de 7 ans, dont le père est frère des trois malades précédents; cette enfant était encore atteinte d'un gliome de la rétine. H. FRENKEL.

Ueber die Behandlung des Glaucoms mit Eserin, par Hermann COHN (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 21*, *p. 452*, *27 mai 1895*).

Après avoir rapporté 5 observations de glaucomateux ayant fait, sans inconvénient, un usage journalier de l'ésérine, pendant des années (jusqu'à 14 ans), Cohn conclut que l'ésérine est indiquée dans tous les glaucomes; que comme c'est dans le stade prodromique qu'elle est le plus efficace, les médecins doivent y recourir dès qu'il y a vision d'arcs-en-ciel autour des corps lumineux. L'ésérine agit aussi très utilement dans les attaques aiguës inflammatoires, où on doit l'installer d'heure en heure; dès que la myose est obtenue, l'accès ne tarde pas à cesser.

L'ésérine n'est jamais nuisible; on peut l'appliquer une ou deux fois par jour, durant de nombreuses années; il est très rare qu'elle donne lieu à une légère irritation de l'iris. Quant au catarrhe folliculaire il n'est dû qu'à des souillures de l'ésérine. J. B.

I. — Ueber einen Fall von Ophtalmoplegie und Extremitätenlähmung mit Sectionsbefund, par KALISCHER *(Berlin. klin. Woch., n° 10, p. 220, 11 mars 1895).*

II.— Ueber Myasthenia gravis pseudoparalytica, par F. JOLLY *(Ibidem, n° 1, p. 1 et n° 2, p. 33, 7 et 14 janvier 1895).*

III. — Zur Pathologie und Therapie progressiver Bulbärparalyse, par E. REMAK *(Ibidem, n° 2, p. 29, 14 janvier).*

I. — Homme de 62 ans, pris d'opthalmoplégie externe bilatérale et de paralysie flasque des extrémités, avec fatigue rapide des membres contractés ; ni douleurs, ni lourdeurs de tête, ni étourdissements, ni vomissements ; aucun symptôme de démence ou d'ataxie, pas de contractions fibrillaires ni d'atrophies ; état normal de la sensibilité et des sphincters. Le seul phénomène bulbaire était une parésie du facial inférieur droit. Excitabilité électrique diminuée ou supprimée. Après 4 mois et demi de durée, avec rémissions, mort assez soudaine par paralysie de la respiration ; la parole, la déglutition et l'intelligence étant demeurées intactes. On avait diagnostiqué une polioencéphalomyélite subaiguë. A l'autopsie, pas de lésions macroscopiques, tandis que le microscope révèle de l'hyperémie, des dilatations vasculaires et des hémorragies dans la substance grise motrice des cavités centrales comprises entre le tiers postérieur du troisième ventricule et le renflement lombaire ; le maximum des altérations se voyait au niveau du renflement cervical de la moelle et dans la région du noyau antérieur du moteur oculaire commun ; les noyaux des nerfs musculaires de l'œil offraient un certain degré d'atrophie ; les parois vasculaires n'étaient pas notablement altérées.

La dénomination de polioencéphalite ou de paralysie bulbaire supérieure ne saurait convenir à ces faits qui méritent mieux le nom de poliomésencéphalomyélite.

II. — Garçon de 14 ans et demi, sans hérédité nerveuse. Début dans l'été de 1893 par l'impossibilité de tenir les yeux ouverts et fixes quelques temps ; cette fatigue des releveurs palpébraux disparaissait par le repos ; ensuite, même fatigue rapide des membres inférieurs et, quelques mois plus tard, des supérieurs ; puis, apparition de troubles analogues dans les muscles de la nuque, dans ceux de la mastication et des lèvres. Aucun muscle n'est atrophié ou hypertrophié et tous les muscles volontaires présentent, plus ou moins, le même phénomène, que leur énergie s'épuise promptement et se restaure par le repos. La démarche est d'abord normale ; mais bientôt les jambes s'embarrassent l'une dans l'autre, l'allure est vacillante, puis l'élévation des membres devenant impossible, la progression s'effectue à l'aide d'une rotation des articulations coxofémorales entraînant une lordose ; enfin, il y a chute. Dès que le malade a élevé quelquefois de suite les bras, il ne peut plus dépasser l'horizontale. Pas de contractions fibrillaires, mais, par instants, des contractions spontanées de tout un muscle. Intégrité des réflexes rotuliens, pas de trépidation épileptoïde du pied ni de rigidités musculaires. Sensibilité normale. Rien du côté des pupilles ni au fond de l'œil. Pas d'altération du sang. L'excitabilité électrique n'apparaît modifiée qu'autant qu'on emploie des courants assez forts et prolongés pour tétaniser le muscle ; elle révèle alors la réaction normale de fatigue des muscles volontaires sans trace de la réaction de dégénérescence.

Jolly avait déjà observé (*R. S. M.*, XXXIX, 582) un fait semblable, chez un garçon de 15 ans.

Il évalue à 17 environ le chiffre des observations qui lui paraissaient pouvoir rentrer dans la myasthénie pseudoparalytique.

Il se demande s'il ne sera pas possible d'établir plusieurs groupes parmi les cas de myasthénie : 1° ceux dus à l'affection des noyaux gris ; 2° ceux dus à l'affection de la portion centrale des voies pyramidales ; 3° peut-être ceux dus à une affection purement musculaire.

III. — Remak relate d'abord l'observation d'un homme de 78 ans atteint de paralysie amyotrophique du bulbe, sans réaction de dégénérescence. Il l'oppose à celle d'une femme de 31 ans chez laquelle le facial supérieur est pris et qui offre tous les signes d'une affection nucléaire. Il en tire la conclusion que la lésion du facial supérieur n'est caractéristique, ni de la paralysie bulbaire sans lésion anatomique (paralysie asthénique de Strümpell) ni d'une forme héréditaire ou familiale spéciale, comme le veulent Charcot et Londe (*Rev. de médecine* 1893 et 1894) et qu'elle peut, quoique rarement, se rencontrer, sans prédisposition héréditaire, dans la paralysie progressive amyotrophique du bulbe des adultes, ainsi que Remak l'avait déjà vu chez une autre femme de 48 ans. Chez l'homme et la femme dont Remak rapporte l'histoire, la déglutition a été nettement améliorée par les courants galvaniques, le pôle positif appliqué sur la nuque et le négatif promené de chaque côté du cartilage thyroïde. J. B.

Analyse d'un cas d'ophtalmoplégie traumatique, par RAUGÉ (*Cong. de chir., octobre 1895*).

Chute sur la région pariétale gauche. Signes classiques de fracture de la base (coma, vomissements, otorragie, surdité gauche persistante). Guérison.

Un mois après l'accident, apparition de troubles moteurs de l'œil gauche. Rien d'anormal dans le regard à droite ou en avant. Dans le regard à gauche, insuffisance d'abduction de l'œil gauche. Pas d'insuffisance conjuguée de l'abduction de l'œil droit, mais, au contraire, déviation secondaire de cet œil en dedans. Fausse projection à gauche pour l'œil gauche. Vertige oculaire. Diplopie homonyme. Diminution progressive et disparition en deux mois des troubles oculo-moteurs.

Diagnostic fonctionnel. — Paralysie limitée à l'abduction de l'œil gauche sans paralysie conjuguée de l'abduction de l'œil droit.

Diagnostic anatomique. — 1° *Localisation musculaire* : paralysie isolée du droit externe gauche;

2° *Localisation nerveuse* : lésion de la sixième paire ne portant pas sur son noyau d'origine (intégrité du droit interne du côté opposé) mais sur le tronc nerveux lui-même, probablement au voisinage du point où le moteur externe contourne le sommet du rocher (otorragie, troubles auditifs).

3° *Nature probable de la lésion* : compression du moteur externe par le cal d'une fracture du rocher (apparition tardive et disparition progressive de la paralysie). A. C.

Des troubles produits par la fulguration sur l'appareil oculaire, par ROHMER (*Rev. méd. de l'Est, n°s 6 et 8, 15 mars et 15 avril 1895*).

La fulguration peut produire des érythèmes, des brûlures de la peau des paupières, des sourcils et des cils, des lésions musculaires et nerveuse (blépharospasme, contracture des pupilles, phénomènes de paralysie, etc.), l'injection des conjonctives, les éraillures et les troubles de la cornée, les troubles de vascularisation de l'iris et du cercle ciliaire, les opacités partielles ou totales du cristallin, enfin les troubles de circulation

et les inflammations du nerf optique aboutissant quelquefois à l'atrophie.

Rohmer en rapporte une observation personnelle : Un enfant de 12 ans et demi fut foudroyé; après quelques instants de perte de connaissance, il se releva, ne ressentant qu'une faiblesse qui disparut en quelques jours. Mais au bout d'un an, il s'aperçut que son acuité visuelle diminuait et, au bout de deux ans, on constatait que la vue était gravement compromise par le fait d'une atrophie optique.

Les accidents observés sur les membranes antérieures de l'œil ont pu être reproduits avec la lumière artificielle, mais non ceux du côté du cristallin et de la rétine.

Si les lésions externes peuvent être attribuées directement à la combustion, celles que l'on observe sur la rétine et le nerf optique sont probablement dues à une action physico-électrique sur la substance nerveuse, peut-être à une action directe sur les éléments contractiles des muscles et des vaisseaux.

L'action des rayons calorifiques semble nulle; l'action des rayons violets et ultra-violets (lumineux et chimiques) semble seule en cause. On ne sait pas pourquoi dans tels cas la fulguration produit un érythème, une brûlure. et dans tels autres, une cataracte, une névrite.

Le traitement n'a rien de spécial. LEFLAIVE.

Sur la curabilité de l'uvéite sympathique, par ROGMAN (*Ann. d'oculist.*, *CXIV*, *2*, *août 1895*).

Les mauvais résultats obtenus dans le traitement des inflammations plastiques des membranes uvéales par cause sympathique, ont fait ranger depuis longtemps ces affections parmi les plus pernicieuses qui se présentent en pathologie oculaire. Des guérisons bien constatées, on en découvre peu, et les succès souvent ne sont qu'éphémères. Cependant, quand la guérison s'est maintenue pendant un ou deux ans, cela semble constituer une garantie propre à satisfaire les exigences les plus raisonnables. L'auteur cite 7 observations dont 3 personnelles, dans lesquelles la guérison a été constatée de 3 à 12 ans. Il n'est donc pas absolument juste d'attribuer à l'uvéite sympathique un caractère de fatalité désespérante; mais il est incontestable que le seul traitement véritablement efficace à y opposer est le traitement préventif. ROHMER.

Sur la soi-disant sclérotomie interne, par DE VINCENTIIS (*Revue gén. d'opht. octobre 1895*).

L'auteur propose l'incision du tissu de l'angle iridien contre le glaucome, et veut la substituer à toutes les autres opérations préconisées dans ce cas; ces dernières, d'après lui, agissent non comme cicatrice à filtration, mais simplement en rétablissant la fonction du tissu de l'angle iridien qui est précisément celle de la filtration oculaire, au fonctionnement incomplet de laquelle le glaucome doit ordinairement sa cause. L'auteur préconise l'instrument particulier qu'il a inventé dans ce but, contrairement à l'opinion de de Wecker qui prétend qu'un couteau étroit de de Graefe peut aussi bien convenir. Il rejette aussi le nom de sclérotomie interne que de Wecker aurait donné improprement à l'incision de l'angle iridien. ROHMER.

La sclérotomie interne, par DE WECKER (*Ann. d'oculist., CXIV, 2 août 1895*).

Opération pratiquée depuis longtemps par de Wecker avec le couteau de Graefe et que Vincentiis a renouvelée à l'aide d'un instrument spécialement construit *ad hoc*. De Wecker pénètre à un bon millimètre du bord transparent de la cornée, de façon que le dos du couteau soit dirigé exactement dans le sens du diamètre horizontal. Arrivé au point de contre-ponction, la pointe du couteau ayant disparu sous le bord opposé de la cornée, on incise les arcades du ligament pectiné, en faisant exécuter à la pointe du couteau, au moment du retrait de l'instrument, un mouvement d'évolution en demi-cercle. La pression sera proportionnée à la résistance que l'on suppose devoir rencontrer de la part de la sclérotique. Plaidoyer en faveur de la cicatrice à filtration et du résultat de la sclérotomie interne qui a pour effet de mettre la chambre antérieure en communication avec les lacunes lymphatiques de Fontana; elle soulagerait surtout la filtration postérieure. L'opération paraît surtout indiquée dans le glaucome infantile, la buphthalmie, et dans la myopie progressive des jeunes sujets. ROHMER.

Ein Beitrag zur Frage der Mikrophakie, par FIALA (*Wiener med. Presse, 30 juin 1895*).

Après avoir rappelé les travaux de Mitvalsky sur la microphakie, F. en rapporte un nouveau cas concernant un homme de 28 ans qu'il eut l'occasion d'observer et dont il donne ici le minutieux examen ophtalmoscopique. Pour cet auteur, la microphakie doit être tenue pour l'unique cause scientifiquement admissible de la luxation spontanée du cristallin dans la chambre antérieure tout aussi bien que dans le corps vitré. CART.

De la possibilité de voir son propre cristallin; utilité pratique de la phakoscopie pour le diagnostic des fines opacités cristalliennes et pour l'étude du développement de la cataracte, par DARIER (*Annales d'oculist., CXIV, n° 3, septembre 1895*).

En prenant comme source lumineuse la flamme d'une bougie placée à 5 mètres environ, si l'on tient devant l'œil une lentille biconcave de 30 à 40 dioptries, on donnera aux rayons parallèles émanés de la bougie une divergence telle qu'ils resteront encore divergents après avoir traversé le cristallin. De prime abord, on ne distingue rien de bien net; puis, petit à petit, la rétine s'habitue à ce spectacle nouveau; la surface lumineuse n'est pas homogène mais granuleuse et radiairement striée, avec un fond uniforme toujours le même (cristallin et cristalloïde), sur lequel viennent se projeter diverses ombres noires (cils, mucosités) et certains points étincelants (larmes, cellules du corps vitré, etc.). On pourra ainsi facilement étudier sur son propre cristallin le développement de la cataracte. ROHMER.

Du rôle de l'astigmatisme dans la genèse de la cataracte, par ROURE (*Revue gén. d'opht., 31 juillet. 1895*).

L'auteur a examiné, à ce point de vue, 33 cas de cataracte double. De

ces examens il résulte que dans 80 0/0 des cas, lorsque les deux yeux sont inégalement astigmates, le premier œil atteint de cataracte est l'œil le plus astigmate. Il semble probable cependant que l'astigmatisme a une influence sur la date d'apparition de la cataracte. On ne trouve pas chez les cataractés une fréquence de l'astigmatisme qui puisse permettre de regarder cette maladie comme une cause de cataracte. En résumé, l'astigmatisme ne doit pas être regardé comme une cause de cataracte, mais comme une condition favorisant le processus morbide, lorsque, pour des raisons que nous ne connaissons pas encore, le cristallin tend à s'opacifier. ROHMER.

La suture de la cornée dans l'extraction de la cataracte, par L. BERNARD (*Thèse de Paris*, *1895*).

La suture, dans l'opération de la cataracte, doit être pré- et non post-opératoire ; elle doit être épiscléro-cornéenne, ne jamais intéresser la chambre antérieure. Fil et aiguille bien aseptisés seront choisis aussi fins que possible, tout en gardant une solidité éprouvée. Le premier point de suture est vertical, le deuxième doit être horizontal, les deux nœuds serrés jusqu'à affrontement exact, seront semblables, exactement superposés. Le fil toujours parfaitement supporté est enlevé le huitième jour ou tombe de lui-même. Les avantages du procédé sont : 1° réduire à leur minimum de fréquence et de gravité les prolapsus iriens ; 2° de maintenir le corps vitré, d'assurer une bonne coaptation de la plaie et d'empêcher le renversement du lambeau cornéen. Enfin, de permettre de ne couvrir qu'un œil, ou de laisser debout l'opéré, d'instiller l'atropine de très bonne heure.

On jugera si les petites difficultés opératoires des tout premiers débuts sont de nature à contrebalancer des avantages aussi sérieux et indéniables. Enfin, la suture n'est pas indiquée dans les cas où l'iridectomie est nécessaire et dans ceux où aucun prolapsus n'est à craindre par suite de l'étroitesse de la plaie opératoire. ROHMER.

Complication rare après l'extraction du cristallin, par DE SPÉVILLE (*Annales d'oculist.*, *CXIV*, *n° 3*, *septembre 1895*).

Il s'agit de l'aplatissement de la chambre antérieure, l'iris restant très rapproché de la cornée ; d'où, diminution considérable de l'acuité visuelle ; une iridectomie remet tout en ordre, et permet à l'humeur aqueuse de se reformer. Chez l'un des malades, la plaie fut très longue à se réunir, mais chez les deux autres tout se passa normalement. L'auteur ne trouve pas d'explication plausible pour expliquer cette non-formation de la chambre antérieure. L'iridectomie est le seul traitement rationnel de cette complication. ROHMER.

Contribution à l'étude clinique des pseudoplasmes de l'orbite, par SANCHEZ (*Thèse de Paris*, *1895*).

Les tumeurs bénignes de l'orbite sont de beaucoup plus fréquentes

que les tumeurs malignes primitives. L'infection joue un grand rôle dans les pseudoplasmes de l'orbite. Le diagnostic de certitude sur la nature de ces tumeurs est la plupart du temps impossible ; il est presque toujours de probabilité. Le microscope ne résoud pas toujours d'une manière absolue la nature de ces tumeurs. Donc, l'incision exploratrice est illusoire et inutile.

La ponction exploratrice doit se faire avant l'ablation d'une tumeur dont la nature est inconnue. Dans tous les cas de doute, même lorsqu'on est porté à croire à l'existence d'une tumeur maligne, on doit toujours essayer le traitement médical. Le résultat négatif de ce traitement ne comporte pas toujours l'existence d'une néoplasie maligne. Le chirurgien, en opérant, doit s'attendre souvent à des surprises de diagnostic.

ROHMER.

Angiome kystique de l'orbite; électrolyse, par VALUDE (*Annales d'oculist., CXIV, n° 3, septembre 1895*).

Une enfant de 10 ans, à la suite d'un traumatisme, présente quatre ans plus tard, une exophtalmie énorme, avec sensation au doigt de bosselure rénitente dans le sillon palpébral supérieur ; trois ponctions exploratrices ne donnent qu'un écoulement d'un peu de liquide noirâtre, mais restent sans résultats sur le développement de la tumeur. On enfonce alors une longue aiguille d'acier jusqu'au fond de la cavité orbitaire ; cette aiguille constitua le pôle négatif, le pôle positif étant appliqué au voisinage, sur la joue ; courant de 4 milliampères et demi pendant cinq minutes. Au bout de quelques jours, la tumeur avait fondu aux trois quarts, et après une seconde séance faite quinze jours après, elle disparut complètement. ROHMER.

Des pseudoplasmes malins de l'orbite, par PANAS (*Revue générale d'opht., octobre 1895*).

En présence d'une tumeur orbitaire, réputée sarcomateuse, il faut, alors même qu'on s'est éclairé par l'examen histologique, songer à l'origine infectieuse, et ne recourir aux opérations qu'après traitement préalable resté infructueux. Parmi les moyens de traitement dont nous disposons, on doit enregistrer le mercure, l'iode, l'arsenic et la toxithérapie. On peut employer le sérum streptococcique moins dangereux et dont on peut augmenter la toxicité par l'adjonction dans les cultures du micrococcus prodigiosus. Les injections sont faites dans la tumeur, à distance sous la peau, ou dans les veines. La recherche du point d'origine de l'infection (nez, sinus, pharynx) et la détermination bactériologique des toxines qui sont en cause, contribuent à asseoir le diagnostic et à poser les bases d'un traitement médical rationnel. La chirurgie, souvent impuissante dans les prétendus sarcomes et lymphadénomes de l'orbite, ne vient qu'après. ROHMER.

Étude sur les kystes hydatiques de l'orbite, par MANDOUR (*Thèse de Paris, 1895*).

Le traitement des kystes hydatiques de l'orbite est, pour l'auteur, le suivant : ponction aspiratrice suivie d'une injection parasiticide (sublimé à 1/1000). En cas d'insuccès immédiat, incision de la poche et tentative

d'expulsion complète de la vésicule-mère par une traction à l'aide des pinces, après une irrigation prolongée avec la solution de sublimé à 1/2000, mieux supportée par la conjonctive que la solution au millième. En cas de récidive, si le kyste n'est pas volumineux, on peut en tenter l'extirpation complète qui sera possible sans trop de délabrements, quand la tumeur ne s'étendra pas trop en profondeur. Mais, dans le cas contraire, dont le signe capital sera une stase papillaire accentuée, on procédera à une extirpation partielle et aussi profonde que possible de la poche, après avoir détruit par le curetage et l'irrigation antiseptiques, la vésicule-mère et les hydatides-filles qu'elle renferme. L'auteur recommande une intervention radicale précoce pour prévenir une perte incurable de la vision. De plus, malgré les bons résultats obtenus par la ponction ou l'incision, il faut pendant longtemps tenir les malades en observation et guetter ainsi la récidive pour intervenir de nouveau de bonne heure.

ROHMER.

Sur la pénétration des grains de plomb dans le bulbe oculaire, par OVIO (*Revue gén. d'opht., juillet 1895*).

Ayant observé un cas de pénétration d'un grain de plomb dans l'œi à travers la cornée et le cristallin, l'auteur opéra quelque temps après la cataracte; puis il vit, un peu plus tard, le grain de plomb se présenter spontanément dans la chambre antérieure; celui-ci fut extrait et l'œil conserva une parfaite acuité visuelle. Voulant se rendre compte de l'innocuité des grains de plomb dans certains cas de pénétration dans le vitré, l'auteur fit des expériences; des grains imprégnés de bactéries charbonneuses furent tirés sur un lapin et sur une boîte de gélatine; le lapin mourut infecté et le charbon se cultiva dans la gélatine; des staphylocoques pyogènes inoculés de la même façon, ne donnèrent aucun résultat fâcheux; donc, l'incandescence de la poudre ne détruit pas les bactéries du charbon, mais anéantit l'action du staphyl. pyogène. Puis O. introduisit des grains à travers des incisions dans la chambre antérieure, les vit parfaitement tolérés pendant des mois; dans le vitré, au contraire, il y a parfois une liquéfaction de ce milieu avec opacification du cristallin; mais pas de décollement de la rétine, ni d'enkystement du grain. L'auteur conclut que dans les cas d'accidents par coup de feu, si l'on protège antiseptiquement le bulbe, il est très probable que toutes complications ultérieures seront évitées. ROHMER.

Manifestations oculaires du vanillisme, par GUÉRIN (*Ann. d'oculist., CXIV, n° 4, octobre 1895*).

Au point de vue professionnel, le vanillisme est un hydrocarburisme qui se présente avec une symptomatologie commune à tous ses congénères. Outre les lésions superficielles (érosions et excoriations des paupières, conjonctivites simple et ulcéreuse) occasionnées par l'action directe de l'huile corrosive contenue dans les gousses de vanille, on observe d'abord une tension du globe oculaire, un sentiment de pesanteur bientôt suivi de douleurs profondes, avec irradiations circumorbitaires; cet état se complique bientôt d'un affaiblissement progressif de la vue qui peut aller jusqu'à l'amaurose; la papille est fortement congestionnée et, chez

quelques sujets, il y a de la rétinite et consécutivement de la chorio-rétinite; il y a, comme dit l'auteur, un aspect sub-glaucomateux, analogue au glaucome simple. Ces troubles disparaissent sous l'influence des antiphlogistiques, des résolutifs et des myotiques (pilocarpine plutôt qu'ésérine) et surtout par la suppression de l'ambiante. ROHMER.

The course and fate of enucleation at the Manhattan, par Justin L. BARNES (*Manhattan eye and ear hosp. Rep., janvier 1895*).

En une année, B. a eu à pratiquer 63 fois l'énucléation du globe, 23 fois pour traumatismes et corps étrangers; dans 6 cas on a tenté l'extraction des fragments de fer avec l'aimant, une fois même avec succès; dans les 6 cas on dut faire ultérieurement l'énucléation. Elle fut pratiquée 19 fois pour fonte du globe, 6 pour panophtalmie, 4 pour tumeurs, et 4 pour corps étrangers de l'orbite, 3 pour staphylome, 2 pour irido-cyclyte et 1 pour glaucome. A. C.

2 Fälle von Augentuberculose, par SILEX (*Berlin. klin. Woch., n° 9, p. 195, 4 mars 1895*).

Le 1er cas est une tuberculose de l'iris gauche développée depuis 8 semaines chez une fillette de 14 ans atteinte de vastes lésions tuberculeuses des os, des ganglions et des gaines tendineuses : de gros nodules jaunes recouvrent la majeure partie de l'iris dont le reste est occupé par une éruption miliaire.

Le 2e cas a trait à un garçon de 6 ans qui avait en 1891 une tuberculose très marquée des paupières gauches; le diagnostic avait été confirmé par la recherche des bacilles et l'inoculation au lapin. Le traitement consista uniquement en lotions boriquées et autres moyens indifférents. Guérison. Actuellement, il s'est écoulé 4 ans. La paupière inférieure est transformée en une membrane calleuse tandis que la supérieure a repris presque sa forme normale. J. B.

Ein Fall von schwerer Xerosis epithelialis mit nachgewiesener Hemeralopie bei einem 9-jährigen Knaben, par C. ACHENBACH (*Berlin. klin. Woch., n° 24, p. 517, 17 juin 1895*).

L'observation d'Achenbach est une nouvelle preuve que l'héméralopie constitue un des symptômes de la xérophtalmie et que l'alcool, ainsi que l'a montré Uhthoff (*R. S. M.*, XXXVII, 641), peut y jouer un rôle étiologique.

L'enfant, âgé de 9 ans, était profondément débilité, ne pouvant se tenir ni debout ni assis; son alimentation quotidienne consistait en pommes de terre, pain, café noir et eau-de-vie. Il offrait du catarrhe d'un sommet, de la diarrhée avec selles argileuses et un foie petit et dur. Son œil droit était déja perdu, tandis que le gauche put être conservé intact, à part une opacité de la cornée. A plusieurs reprises, l'héméralopie fut dûment constatée.

L'examen bactériologique fournit : 1° des bacilles caractéristiques en baguettes de tambour; 2° des staphylocoques pyogènes dorés; 3° des streptocoques (*R. S. M.*, VII, 712; VIII, 333 et 715; XVII, 710; XXI, 309). J. B.

Sur la désinfection du sac conjonctival de l'œil, par BLAGOWIETSCHENSKI (*Thèse de St-Pétersbourg, 1895*).

Dans l'œil de l'homme et du lapin, B. a trouvé 43 espèces microbiennes,

toutes non pathogènes. Dans l'œil normal, on ne trouve pas, dans les conditions ordinaires, des pyocoques. Tous les microbes présents viennent de l'air et non du canal lacrymal. Ni par les solutions inertes, ni par les solutions antiseptiques, telles que sublimé, trichloriodées, formalinées, argentaminées, on n'obtient une antisepsie complète du sac conjonctival. Si l'on obtient une diminution du nombre des bactéries par les lavages, cela tient à l'exagération des sécrétions lacrymale et muqueuse de la conjonctive ; le minimum des microbes s'observe immédiatement après la cessation du flux lacrymal. Il faut donc attribuer tout le progrès de l'antisepsie appliquée à l'œil à la propreté des mains de l'opérateur et à l'asepsie des instruments et des objets de pansement.

H. FRENKEL.

Gallicin, ein neues Präparat der Gallussäure und seine Anwendung in der Augenheilkunde, par Carl MELLINGER (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, n° 8, *p. 230, 15 avril 1895*).

La gallicine est l'éther méthylique de l'acide gallique ; on l'obtient en chauffant une solution d'acide gallique ou de tannin dans l'alcool méthylique avec du gaz chlorhydrique ou de l'acide sulfurique concentré. Par sa constitution chimique, elle rappelle la résorcine et le pyrogallol, ayant sur ce dernier l'avantage de n'être point toxique.

A la clinique ophtalmologique de Bâle, on emploie la gallicine sous forme de poudre qu'on applique à l'aide d'un pinceau dans les culs-de-sac conjonctivaux. Elle détermine souvent une sensation de brûlure qu'on peut faire rapidement cesser par des compresses froides ou prévenir par l'instillation de quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 2 0/0.

La gallicine s'est révélée efficace surtout contre la conjonctivite catarrhale avec eczéma palpébral consécutif et granulations, contre l'ophtalmie phlycténulaire et contre la kératite superficielle. En cas de phlyctènes, elle est préférable au calomel, qui est irritant lorsqu'il y a hypersécrétion. En revanche, on a insensiblement renoncé à se servir du dermatol et du gallanol, comme n'offrant aucune supériorité sur les anciens topiques.

J. B.

Le formol en ophtalmiatrie, par L. GUAITA (*Arch. ital. de biol.*, *XXIII*, *p. 265*).

Le formol stérilise la conjonctive pendant plus de 24 heures, après un seul lavage. Son application est indolore, sans réaction ultérieure de cuisson ; il est anesthésique.

DASTRE.

Du pansement oculaire pulvérulent occlusif au lorétinate de bismuth, par PIETRI (*Thèse de Paris, 1895*).

Le lorétinate de bismuth est un bon antiseptique, meilleur, au point de vue bactériologique, que l'iodoforme, puisqu'il ne donne des colonies qu'au bout de 48 heures, tandis qu'il n'en faut que 24 pour leur développement, en présence de l'iodoforme. Le pansement oculaire pulvérulent occlusif au lorétinate de bismuth est un pansement nouveau qui peut

tenir sa bonne place en ophtalmologie; il peut être employé comme préventif et comme curatif; dans le premier cas, il réussit très bien après toutes les opérations chirurgicales et les traumatismes, en prévenant toujours la suppuration. En thérapeutique oculaire son indication principale est l'ophtalmie phlycténulaire contre laquelle il a une véritable action héroïque. Excellent adjuvant dans l'ophtalmie granuleuse et purulente, dans les ulcères septiques de la cornée, il peut être employé de concert avec les autres moyens de traitement dont il facilite l'action. Mêmes conclusions pour l'épithélioma, la diphtérie et la tuberculose oculaire.

ROHMER.

Des injections sous-conjonctivales de sublimé dans la myopie avec lésions des membranes profondes de l'œil, par DE BOURGON (*Annales d'oculist.*, *CXIV*, *n° 4*, *octobre 1895*).

Lorsqu'un élément étranger vient se surajouter aux lésions myopiques préexistantes, les injections sous-conjonctivales de sublimé ne donneront que rarement un succès, si l'on n'y joint le repos oculaire. L'auteur cite six cas de myopie traités sans repos oculaire, parmi lesquels un seul malade a déclaré ne plus voir autant de brouillard; dans deux cas, la myopie a continué à s'accroître progressivement sans poussée aiguë; dans deux autres cas, elle a augmenté brusquement. ROHMER.

MALADIES
DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

On the probable pathological identity of the various forms of acute septic inflammations of the throat and neck, par F. SEMON (*Medico-chir. Transact.*, *LXXVIII*, *p. 181*).

Dans ce travail intéressant, S. relate 14 cas d'affections diverses de la gorge, depuis l'inflammation œdémateuse simple du pharynx, l'amygdalite aiguë avec œdème jusqu'aux inflammations septiques graves avec phlegmon du cou, œdème laryngé et périlaryngé. Il cherche à établir par une étude attentive de ces cas que ce que l'on a décrit jusqu'ici comme œdème aigu du larynx, laryngite œdémateuse, phlegmon, érysipèle du pharynx et du larynx, angine de Ludwig, ne sont que des processus similaires, à des degrés d'intensité variées, dus à une infection septique. En comparant le mode d'invasion, les symptômes, la marche des accidents, S. montre que la clinique ne peut établir que des degrés et qu'au fond ces accidents sont de tous points à rapprocher les uns des autres. Le point de départ est toujours, ou à peu près, amygdalien ou pharyngé et ce n'est que par l'intensité, la propagation plus étendue de l'infection, sui-

vant la résistance du sujet ou les conditions générales que les accidents diffèrent. Dans tous les cas, il s'agit d'un microorganisme identique, le streptocoque ou le staphylocoque doré. S. discute les objections qu'onpeut faire à cette interprétation ; il conclut qu'on devra reviser la nomenclature de ces diverses affections et supprimer comme entités pathologiques l'œdème, l'érysipèle, le phlegmon du pharynx et du larynx, l'angine de Ludwig pour n'en faire qu'un chapitre : inflammation septique de la gorge. A. CARTAZ.

I. — Deux cas d'adéno-phlegmon du cou consécutif à une angine, par R. TROQUART (*Journal méd. de Bordeaux*, *9 juin 1895*).

II. — Angine pharyngée causée par l'influenza, adénophlegmons cervicaux, par VERGELY (*Ibid.*, *3 novembre 1895*).

I. — La rareté des adéno-phlegmons du cou, à la suite d'une simple angine, constitue l'intérêt de ces observations. Dans l'une, il s'agit d'un lymphatique qui, consécutivement à une angine catarrhale légère, présenta un adéno-phlegmon de la région sterno-mastoïdienne. Dans l'autre observation il est question d'une jeune femme, dont une angine herpétique se compliqua rapidement d'une suppuration occupant également les ganglions sous-sterno-mastoïdiens. OZENNE.

II. — V. relate un cas similaire observé chez un homme de 40 ans qui, dans le cours d'une grippe, est pris de mal de gorge, avec léger engorgement des ganglions cervicaux. Malgré la défense du médecin, le malade part deux jours en voyage. A son retour, angine aiguë avec fièvre intense, tuméfaction du cou, puis volumineux abcès phlegmoneux de la région sus-claviculaire. Ouverture, diminution de la fièvre. Un nouvel abcès se forme quelques jours plus tard dans le tissu cellulaire de la gaine du sterno-mastoïdien. Incision. Guérison définitive. A. CARTAZ.

De l'angine à pneumocoques, par Mme S. WEINBERG (*Thèse de Paris*, *1895*).

Mme W. retrace l'histoire de cette variété d'angine observée pour la première fois par Jaccoud (Voy. *R. S. M.*, XXXVIII, 302). Les caractères cliniques diffèrent peu de l'angine diphtérique classique, état fébrile grave, adénopathie, fausses membranes épaisses, en tout similaires à celles de la diphtérie. L'examen bactériologique permet seul de trancher la question. Cependant cette angine a une marche un peu différente des autres et qui rappelle les allures de la pneumonie, c'est le début par un violent frisson et l'apparition brusque et soudaine de l'angine. Huit observations empruntées à Jaccoud, Gabbi, Rendu, Nœgeli. A. CARTAZ.

Le tonsille ipertrofiche palatine in relazione con le malattie dell' orecchio, par G. FERRERI et G. GARBINI (*Arch. ital. di otol.*, *III*, *3*).

Dans ce travail, les auteurs établissent les relations fréquentes qui existent entre les affections de l'oreille et l'hypertrophie des amygdales palatines. Ces amygdales, par suite des inflammations répétées sont de véritables foyers infectieux, qui entretiennent le catarrhe pharyngo-nasal et par suite l'otite. Pour le démontrer, F. et G. ont, dans huit cas d'ablation des amygdales chez de jeunes sujets atteints de lésions auriculaires,

avec toutes les précautions usuelles, pratiqué l'examen bactériologique de ces amygdales hypertrophiées. Dans toutes, ils ont trouvé le staphylocoque, ou le streptocoque, souvent les deux, ou le pneumocoque. Les inoculations de parcelles de tissus aux animaux ont déterminé des lésions locales ou générales, abcès, érysipèle, deux fois la mort par septicémie aiguë et par péritonite.

Les auteurs conseillent dans ces cas l'ablation, la destruction ignée des amygdales ne parvenant pas à détruire les microorganismes et créant quelquefois de nouveaux foyers d'infection. A. CARTAZ.

Des angines de la menstruation, par Salvador C. GAUTIER (*Thèse de Paris, 1895*).

Dans ce travail qui comprend 16 observations, dont 5 inédites, G. considère les angines apparaissant au moment de la période menstruelle, comme des manifestations infectieuses similaires aux érysipèles menstruels. Dans tous les cas, l'agent infectieux était le staphylocoque. Il pense que la virulence du bacille, présent dans la bouche ou les cryptes de l'amygdale, est dû aux modifications vasculaires et à l'excitation nerveuse qui sont le propre de cet état. A. CARTAZ.

Ein Mandelstein von ungewöhnlicher Grösse, par A. ROSENBERG (*Archiv für Laryngol., II, 3*).

Calcul de l'amygdale remarquable par son volume, 4 centimètres de long, du poids de 9 grammes, composé en partie de carbonate et de phosphate de chaux. La malade souffrait de la gorge depuis 17 ans; la loge amygdalienne était remplacée par une tumeur venant jusqu'à la ligne médiane. Extraction facile avec la pince. A. CARTAZ.

Diseases of the mouth, nose, and throat as œtiological factors in chronic glandular gastritis with bacteriological studies of the pharyngeal vault, par Fenton B. TURCK (*New-York med. Journ., 23 novembre 1895*).

T. montre qu'il y a une relation fréquente entre les maladies de la bouche, de la gorge et du nez et les inflammations chroniques de l'estomac et de l'intestin. Les microorganismes pathogènes descendent de la gorge dans le tube digestif et contribuent à créer ou à entretenir les irritations chroniques de l'estomac et de l'intestin. Comme preuves à l'appui, T. a retrouvé dans l'estomac, sur les sujets atteints de ces irritations, les mêmes bacilles que dans le nez ou le pharynx. Dans 4 cas, on rencontrait sur les muqueuses de l'estomac et de la gorge le pneumocoque, le streptocoque et le staphylocoque pyogène; parfois le bacille coli (2 cas) ou d'autres bacilles et microcoques. A. CARTAZ.

Sarkom im Nasenrachenraum, par SCHEINMANN (*Berlin. klin. Woch., n° 3, p. 63, 21 janvier 1895*).

Fillette de 4 ans. Voile du palais formant voussure surtout dans sa partie gauche. Les mouvements du voile sont parfaitement libres. La narine gauche est presque imperméable à l'air. Quelques petits ganglions à l'angle sousmaxillaire gauche. La tumeur est blanchâtre et se termine en bas par une extrémité mousse, bifurquée; sa surface est inégale. A la palpation, on re-

connaît qu'elle est dure et commence immédiatement derrière le voile palatin; du côté droit, on peut enfoncer un peu la pulpe du doigt dans le pharynx nasal, tandis que du côté gauche, cela est complètement impossible. L'examen microscopique de parcelles excisées a montré qu'il s'agissait d'un sarcome; au-dessous d'un épithélium mi-partie cylindrique, mi-partie pavimenteux, se voit la masse morbide composée de cellules de dimensions variables, ayant un noyau vésiculiforme. Les divisions nucléaires sont nombreuses. En outre, la tumeur est traversée par du tissu conjonctif rare et est modérément vascularisée. J. B.

Des adénoïdites, par F. HELME (*Ann. mal. de l'or., août 1895*).

Très bonne étude des accidents inflammatoires qui surviennent du côté de l'amygdale pharyngée, à la suite de coryzas, d'angines, d'amygdalite palatine, quelquefois de la dentition, etc. Ces adénoïdites s'accompagnent, comme toute inflammation aiguë, de fièvre légère, de malaise; le pharynx est rouge, masqué par le mucopus descendant du cavum; l'adénite angulo-maxillaire est constante, souvent douloureuse.

Cette lésion comporte un pronostic et un traitement différents, suivant que l'amygdale pharyngée est ou non vraiment hypertrophiée. S'il s'agit d'une adénoïdite primitive, simple, le traitement médical, lavages et insufflations antiseptiques, suffira pour guérir tous les troubles et signes d'obstruction; y a-t-il eu, au contraire, inflammation des végétations déjà existantes, y a-t-il vraiment hypertrophie, il faudra, l'inflammation calmée, opérer. Douze observations personnelles. A. CARTAZ.

Ueber das Verhältniss zwischen Enureris nocturna und adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraum, par A.-C. GROENBECH (*Archiv f. Laryngol., II, 2*).

Sur 122 cas de tumeurs adénoïdes, l'auteur a trouvé 11 fois de l'incontinence d'urine. Chez 5 enfants, l'incontinence disparut de suite ou peu de temps après l'opération. Chez deux, il y eut seulement amélioration; chez 3 aucun résultat.

L'auteur indique en terminant les théories proposées pour établir les relations de cette infirmité avec l'obstruction nasale. A. CARTAZ.

Végétations adénoïdes du naso-pharynx, par A. BROCA (*9e Cong. français de chir. octobre 1895*).

B. a opéré plus de 500 cas de tumeurs adénoïdes. Chez les enfants de moins d'un an, il se sert de la pince; chez les autres, de la curette de Gottstein. Il ne croit pas que ces tumeurs soient de nature tuberculeuse; le cas est au moins rare, car, sur 100 cas examinés, le microscope n'a pas révélé de tuberculose.

La récidive tient, d'après lui, au développement de fragments qui n'ont pas été atteints. A. CARTAZ.

De la tuberculose larvée des trois amygdales, par DIEULAFOY (*Bull. Acad. méd., 30 avril 1895*).

Outre les formes aiguë et chronique de la tuberculose de l'arrière-gorge, il existe une autre variété de la maladie, forme torpide, larvée,

ayant pour siège de prédilection le tissu adénoïde de la région naso-pharyngée. Cette forme, Dieulafoy la désigne sous le nom de tuberculose larvée des trois amygdales.

Pour démontrer que certaines hypertrophies amygdaliennes sont de nature tuberculeuse, l'auteur a inoculé à des cobayes des fragments d'amygdales et des fragments de tissu adénoïde. Les résultats ont été les suivants : Sur 61 inoculations d'amygdales hypertrophiées, il a obtenu 8 tuberculoses et sur 35 inoculations de végétations adénoïdes, il a constaté 7 résultats positifs. Il en conclut donc qu'un certain nombre de cas d'hypertrophies amygdaliennes et de végétations adénoïdes ne sont que des formes larvées de la tuberculose.

La maladie peut affecter dans son évolution trois étapes. Dans la première le bacille de Koch s'installe dans le tissu lymphoïde des amygdales et y provoque une suractivité fonctionnelle. Cette étape peut n'être pas franchie.

D'autres fois le bacille pénètre dans le réseau lymphatique et détermine l'adénopathie ganglionnaire. C'est la deuxième étape. Enfin il peut continuer sa marche descendante et gagner le poumon, d'où la tuberculose pulmonaire, ce qui constitue la troisième étape. On peut donc considérer les amygdales comme étant parfois une porte d'entrée de la tuberculose.

Pour enrayer le développement de l'affection primitive il faut utiliser des moyens qui empêchent la pénétration du bacille par la respiration et par l'alimentation. La tuberculose constituée, on aura recours à la médication générale et à la cure marine.

Lancereaux rappelle que Lermoyez a déjà démontré cliniquement la tuberculose des amygdales.

Cornil, passant en revue les résultats des examens histologiques faits dans le but de rechercher cette tuberculose, constate que jusqu'alors ces résultats ont été presque tous négatifs. Il regrette que cet examen n'ait pas été fait par Dieulafoy et estime que, si parfois les végétations sont le siège de tuberculose, les hypertrophies amygdaliennes tuberculeuses ne sont qu'une exception. OZENNE.

The recurrence of lymphoid hypertrophy of the naso-pharynx, par P.-E. HOPKINS (*Manhattan eye and ear hosp. Rep.*, *janvier 1895*).

H. appelle l'attention sur la récidive des tumeurs adénoïdes, après l'ablation ; il en publie 12 cas personnels ou dus à ses collègues, chez des sujets opérés la première fois par des chirurgiens renommés. Il expose les diverses opinions émises à ce sujet et croit que ces récidives sont dues à des fragments de tumeurs non enlevés, par suite d'opérations trop rapides ou avec le cautère et l'ongle métallique, et du défaut de soins consécutifs. Il croit que le nombre des cas de ce genre serait nombreux si chaque opérateur publiait les siens. A. CARTAZ.

Quelques remarques sur la tuberculose pharyngée, par A. ROSENBERG (*Revue de laryng.*, *15 novembre 1895*).

R. a rencontré la tuberculose du pharynx dans un pour mille des cas

d'affections naso-pharyngiennes, plus souvent chez l'homme et en général à l'âge moyen (un cas chez un enfant de dix ans). Sur les 22 cas qu'il a observés, tous, sauf trois, étaient secondaires, dus à une infection par les crachats, d'origine pulmonaire ou laryngée. Presque toujours il y avait participation des piliers, de la luette, des amygdales, plus rarement de la paroi postérieure et de la face nasale du voile. La forme de tumeur qu'on observe dans le larynx ne se voit pas dans le pharynx; à peine si l'on trouve des saillies nodulaires, signe d'infiltration du tissu adénoïde. R. n'admet pas que la tuberculose, comme le prétend Volkmann, donne lieu à de larges adhérences du voile au pharynx.

Le travail se termine par une étude des symptômes et du diagnostic.

A. CARTAZ.

Traitement des fissures congénitales des lèvres et de la voûte palatine, par Aug. BROCA (*Cong. Ass. franç. Bordeaux, 1895*).

Broca a opéré 60 sujets atteints de bec-de-lièvre et 24 atteints de division congénitale du palais et du voile. Il n'a vu mourir, après l'opération du bec-de-lièvre, que les enfants en bas âge admis à l'hôpital sans leur mère : pour ceux-là la mortalité est grande, par broncho-pneumonie et par diarrhée infantile. Tous ceux, au contraire, qui ont conservé leur mère ou leur nourrice ont guéri, avec réunion immédiate.

Il a opéré 24 sujets atteints de divisions congénitales du palais et du voile. Ces sujets ont subi 28 opérations. Comme variétés anatomiques et degrés, ils se répartissent de la manière suivante :

Trois divisions du voile seul ; six divisions du voile et d'une partie de la voûte ; sept divisions du voile et de toute la voûte ; huit divisions du voile, de la voûte et du bord alvéolaire, dont quatre unilatérales et quatre bilatérales. Pour les trois premières catégories le seul insuccès complet concerne un enfant de 3 ans et 1/2. Pour les divisions totales unilatérales, un échec, dans un cas où un lambeau a été rompu en le décollant. Deux divisions totales bilatérales avec bec-de-lièvre unilatéral ont donné deux succès. Enfin, deux divisions totales avec bec-de-lièvre bilatéral, cas que souvent on déclare inopérables, ont fourni un fort bon résultat.

A. C.

Growth of the aspergillus glaucus in the human nose, par J. DUNN (*Arch. of otol., XXIV, 2, p. 154*).

Cautérisation à l'acide chromique d'une hypertrophie de la muqueuse des cornets chez un diabétique. Quinze jours après (le malade n'avait pris aucun soin) l'auteur vit sur les escarres encore adhérentes, une véritable tumeur fournie par une moisissure qu'on reconnut produite par l'aspergillus glaucus.

A. CARTAZ.

I. — Un caso di cosidetta rinite caseosa, par Y. ARSLAN (*Arch. ital. di otol., III, 3*).

II. — Casi d'empiema dell' antro mascillare simulanti la cosidetta rinite caseosa, par STRAZZA (*Boll. mall. dell' orecchio, XIII, 2*).

I. — Observation d'un malade de 29 ans, présentant le type de la rhi-

nite caséeuse dans la narine droite avec abcès de la cloison du côté gauche amenant une occlusion totale des narines. A. constata l'existence d'un empyème du sinus maxillaire à droite, suite d'ablation incomplète d'une dent cariée. L'amas caséeux n'était dû qu'à la rétention de l'écoulement du pus du sinus dans la narine; les lavages, le curetage amenèrent une guérison complète.

La rhinite caséeuse n'est donc pas une entité morbide particulière. A. propose de lui donner le nom de rhinorrée purulente caséiforme.

II. — S. a publié également deux cas semblables où la stagnation du pus de l'écoulement du sinus avait amené la formation d'un amas caséeux. Il n'admet pas l'opinion de Cozzolino, qui fait de la rhinite caséeuse une maladie définie spéciale. A. CARTAZ.

Ueber die Beziehungen der sog. primären Rhinitis fibrinosa..... (Des rapports de la rhinite dite fibrineuse et du bacille pseudo-diphtérique avec le bacille diphtérique de Klebs-Löffler), par GERBER et PODACK (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, *LIV p. 262, 1895*).

Les auteurs ont trouvé dans 5 cas de cette maladie de vrais bacilles diphtériques virulents, qu'ils considèrent comme la cause de la maladie. Dans un cas ils ont trouvé le bacille non virulent dit pseudo-diphtérique, qu'ils ont aussi pu retrouver longtemps après le début de l'affection dans trois des premiers cas. Ils tendent donc à admettre que le bacille pseudo-diphtérique est le bacille diphtérique vrai, qui a perdu sa virulence.

C. LUZET.

Ueber die mechanische disposition zur Ozaena, par SÄNGER (*Wiener med. Presse, 29 septembre 1895*).

Revenant sur l'idée qu'il défend depuis longtemps, savoir qu'il existe un rapport causal entre l'ozène et le développement anormal des cavités nasales que l'on trouve toujours dans cette affection, S. propose de lutter contre cette disposition mécanique au moyen d'un obturateur nasal dont il donne ici la description et le dessin. CART.

Ichthyol in rhinitis atrophica fetida and laryngitis tuberculosa, par Passmore BERENS (*Manhattan eye and ear hosp. Rep., janvier 1895*).

B. regarde l'ichtyol comme un agent des plus efficaces dans l'ozène et dans la tuberculose laryngée. Pour la rhinite, il l'emploie pur sur des tampons de ouate qu'il laisse un quart d'heure en place, une fois la muqueuse nettoyée.

Dans les cas peu avancés, ou comme adjuvant du premier traitement, il fait mettre dans le nez, deux fois par jour, une pommade à l'ichtyol au dixième. Les résultats seraient très remarquables. (Voy. *R. S. M.*, XXXIX, 296.) A. CARTAZ.

Ein Fall von Mund, Kieferhöhlen und Nasentuberculose, par NEUMAYER (*Archiv f. Laryngol., II, 2*).

Homme de 37 ans, tuberculose pulmonaire. A la suite d'une avulsion dentaire, la plaie de la gencive s'est enflammée, aujourd'hui la gencive est recouverte de nodules granuleux; perte de plusieurs dents. De la gencive

l'ulcération fongueuse et végétante s'étend à la muqueuse de la bouche et de la voûte palatine. Le tissu maxillaire est également envahi. Dans le nez, tumeur tuberculeuse. A. CARTAZ.

Opération de certaines tumeurs malignes des fosses nasales par les voies naturelles, par MOURE (*Cong. Assoc. franç. Bordeaux, 1895*).

Moure classe les tumeurs malignes des fosses nasales (sarcomes et leurs variétés, épithélioma, etc.) par rapport à leur siège en supérieures ou inopérables par n'importe quelle voie, moyennes, opérables suivant la période de leur évolution, et inférieures qu'il est toujours possible d'enlever. Après avoir passé en revue les différents temps des opérations extérieures (décollement du nez latéral de bas en haut ou de haut en bas), M. insiste sur les difficultés de l'intervention, l'hémorragie qui en résulte et l'impossibilité où l'on est de trouver le point exact d'implantation du néoplasme.

Il est généralement impossible d'affirmer, d'après lui, que l'on a atteint et même dépassé les limites du mal; à moins de trouver une tumeur peu volumineuse, pédiculée et partant très facile à extraire, surtout par les voies naturelles. Dans ce dernier mode opératoire, on va lentement, par morcellement successif, suivant pas à pas toutes les manœuvres de l'instrument, arrêtant l'hémorragie avec facilité.

L'auteur, qui a employé les deux procédés, n'hésite pas à recommander, comme simple, facile et sans danger, le morcellement par les voies naturelles. A. CARTAZ.

Du traitement de certaines tumeurs malignes des fosses nasales par les voies naturelles, par STAMATIADÈS (*Thèse de Paris, 1895*).

S., développant les idées de Moure, étudie les différentes tumeurs malignes qui peuvent se développer dans les fosses nasales et conclut que, lorsqu'elles n'ont pas émis de prolongements dans les cavités accessoires, elles sont opérables par les voies naturelles. Il faut, il est vrai, plusieurs séances, mais on arrive à les extirper complètement. Les procédés avec résection temporaire du nez doivent être réservés aux tumeurs étendues et ayant dépassé les limites du nez. A. CARTAZ.

Un cas de rhinosclérome, par PÉAN (*Bulletin Académie de médecine, 22 octobre 1895*).

Jeune fille de 27 ans, atteinte depuis 16 ans d'un rhinosclérome propagé aux sinus maxillaires, remplissant les cellules ethmoïdales et menaçant la vie à bref délai. Une opération pouvait être tentée; elle a consisté dans l'ablation totale du nez, de la cloison des fosses nasales, des cornets, des méats, et des sinus maxillaires et ethmoïdaux. Cette vaste perte de substance s'est cicatrisée après destruction, par la pâte de Canquoin, de quelques bourgeons suspects, et un appareil prothétique a été mis en place.

OZENNE.

Two cases of fibro angioma of the naso-pharynx treated by operation, par A. BOWLBY (*The Lancet, p. 913, 12 octobre 1895*).

I. — Fibro-angiome du naso-pharynx : excision de la mâchoire supérieure

et ablation de la tumeur, après ligature de la carotide externe, chez un homme de 21 ans. Guérison persistante au bout de 14 mois.

II. — Fibro-angiome pulsatile du naso-pharynx chez un garçon de 19 ans ; ablation de la tumeur après résection de la voûte palatine et incision du voile du palais. Guérison persistant après 14 mois.

Bowlby émet l'opinion que la plupart des tumeurs sessiles du naso-pharynx qui se développent chez les jeunes garçons, sont de nature angiomateuse plutôt que sarcomateuse. Au point de vue histologique, il n'y aurait point de doute. Quant à la récidive, elle est due à ce que souvent, en raison du large pédicule et du point d'implantation, l'extirpation est incomplète. Aussi, est-il nécessaire avant de procéder à l'ablation, de découvrir complètement la tumeur, et B. demande de ne pas hésiter à sacrifier le maxillaire supérieur, si la voie palatine ne doit pas donner un jour suffisant. MAUBRAC.

A case of fibroma of the nasal fossa, par Charles H. KNIGHT (*Manhattan eye and ear hosp. Rep.*, *janvier 1895*).

Observation d'un fibrome pur (examen histologique) retiré à l'anse froide de la fosse nasale gauche chez un homme de 21 ans. La tumeur était ronde, ferme, bien égale, insérée sur le cornet moyen. Pas de récidive.

K. rappelle les rares cas de ce genre publiés, Casselberry, Gerber (*Journ. of laryng.*, avril 1894 ; Lange (*Ibid.*, 1894); Wakefield (*Charlotte med. J.*, janv. 1895). A. CARTAZ.

I. — Rhinoplastie totale et opération du nez en selle, par SCHIMMELBUSCH (*Arch. f. klin. Chir.*, *L*, *4*).

II. — Un cas rare de rhinoplastie, par FRIEDRICK (*Cent. f. Chir.*, *n° 27*, *1895*).

I. — Le procédé de Schimmelbulsch est un dérivé de la méthode indienne, telle que Ollier et Langenbeck l'avaient modifiée en comprenant le périoste dans le lambeau. S. fait son lambeau tout à fait osseux, il entame le frontal à coups de ciseau, rabat le lambeau sur le nez, fend la lame osseuse au milieu, de façon, en la rabattant, de former les os propres du nez. Il répare la perte de substance du front par une autoplastie. Il a pratiqué cette opération 4 fois ; Bergmann l'a également faite plusieurs fois avec succès.

II. — F. a eu un très bon résultat avec la méthode italienne pour un lupus : la peau fut prise au bras immobilisé sur la tête, pendant 9 jours ; résultat très bon. Il a pratiqué une fois l'opération de Schimmelbusch ; le crâne fut ouvert en détachant le lambeau frontal ; l'accident n'eut pas de suite. A. CARTAZ.

Des complications inflammatoires de l'orbite dans les sinusites maxillaires, par J. SALVA (*Thèse de Paris*, *1895*).

La sinusite maxillaire peut donner naissance à des inflammations secondaires et propagées du côté de l'orbite qui sont de trois ordres :

1° Ostéopériostite de l'orbite, aiguë ou chronique ;

2° Phlegmon orbitaire ;

3° Phlébite des veines ophtalmiques.

C'est en général par inflammation directe du tissu osseux, plutôt que par la voie veineuse, que se fait l'infection. S. décrit successivement ces diverses complications. A. CARTAZ.

Empyème du sinus maxillaire chez un enfant de trois semaines, par BUDAUX (*Ann. mal. de l'or., septembre 1895*).

Observation intéressante par le jeune âge du sujet. Trois semaines après la naissance, œdème palpébro-orbitaire, muguet buccal. On trouve une canine en voie d'éruption prématurée. Quelques jours plus tard la pression orbitaire faisait sourdre le pus par la narine et il survenait spontanément une fistule au-dessous de la paupière. Ablation de la dent. Ouverture du sinus maxillaire, ablation de petits séquestres osseux et d'une autre dent mobile sur la paroi inférieure de cette cavité. La suppuration diminue pour reparaître par intermittences. Large ouverture du sinus par la fosse canine, en faisant un volet cutané, résection d'une partie de l'os pour établir une large communication entre le sinus et la fosse nasale. Guérison. A. CARTAZ.

Alarming hœmorrage following the opening of the antrum of Highmore through the alveolar process, par W. SCHEPEGRELL (*Journal of laryngol., septembre 1895*).

Relation d'un cas d'hémorragie grave chez une femme de 33 ans atteinte d'empyème du sinus maxillaire, datant de trois ans. Huit ans avant, cette malade avait eu une épistaxis grave ; on avait enlevé plusieurs fois des dents sans hémorragie. Le 9 février, ouverture de l'alvéole après anesthésie locale à la cocaïne, hémorragie abondante arrêtée par le tamponnement du sinus à la gaze iodoformée. A chaque pansement les jours suivants, hémorragie abondante (9 en tout) qui nécessite un nouveau tamponnement. Le 5 mars, au dixième pansement, la gaze est retirée sans hémorragie ; un peu de sang par le nez, mais il n'y a plus d'écoulement sérieux. Des polypes du nez sont alors enlevés et aucune hémorragie ne se produit. La malade n'était pas hémophile. L'auteur pense qu'au niveau de l'ouverture la muqueuse du sinus avait subi une transformation angiomateuse. A. CARTAZ.

Cases of empyema of the frontal and ethmoidal sinuses causing orbital tumors, par D.-N. DENNIS (*Arch. of otol., XXIV, 2, p. 145*).

Relation de trois cas, deux de sinusite suppurée frontale, un d'empyème du sinus ethmoïdal s'accompagnant tous trois de lésions orbitaires par propagation de la suppuration (exophtalmie, déplacement de l'œil, troubles de la vision, etc.). Ouverture de l'abcès dans le sillon orbito-oculaire, drainage du sinus par le nez, guérison rapide des deux cas de sinusite frontale.

Dans le troisième cas d'ethmoïdite, mort par méningite septique.

A. CARTAZ.

Sopra un caso di afonia istero traumatica, par L. BIANCHI et F. MASSEI (*Arch. ital. di laringol, XIV, 4*).

Cette observation, unique en son genre, a trait à une jeune femme de 25 ans atteinte d'aphonie. Massei constata la présence d'une tumeur de la corde vocale droite et en fit l'ablation. L'aphonie ne fut pas modifiée. Un petit point d'implantation de la tumeur, un fibrome vasculaire, fut enlevé, mais la voix ne revint pas. L'intégrité complète de l'appareil laryngé fit penser à une aphonie hystéro-traumatique. Bianchi examina la malade et ne trouva aucun

stigmate d'hystérie, pas d'anesthésie, champ visuel normal, etc. Tous les traitements habituels furent vainement employés durant sept mois. On tenta en fin de cause l'hypnotisme et la suggestion ; la voix revint pendant une heure. Enfin à la quatrième séance, l'aphonie disparut complètement.

A. CARTAZ.

Des fractures de la trachée, par BRIEGEL (*Beit. z. klin. Chir.*, *XIV*, *2*).

B. a réuni 33 observations de fractures de la trachée, dont 11 avec fractures du larynx ou de l'os hyoïde, toutes par traumatisme, sauf deux indiquées comme produites par la toux et trois par un renversement subit et exagéré de la tête en arrière. Sur ces 33 cas, il y eut 22 morts ; les cas où il y a complication de fracture du larynx sont beaucoup plus graves.

Le traitement consiste surtout en un repos complet, la tête inclinée en avant ; s'il y a dyspnée, il y a indication d'ouvrir la trachée, d'enlever les mucosités, le sang. A. C.

Des manifestations laryngées au cours de la stomatite impétigineuse, par ROCAZ (*Cong. gynéc. Bordeaux*, *août 1895*).

Rocaz a observé des troubles laryngés sur 8 enfants atteints de stomatite impétigineuse ; ils consistent en un enrouement, une toux étouffée, quinteuse et purement dus à de la congestion du larynx, peu grave ; de courte durée, ils disparaissent avant la résolution des plaques de stomatite. OZENNE.

De l'ictus laryngé essentiel, par BÉDOS (*Thèse de Paris*, *1895*).

B. analyse, dans ce travail, les diverses modalités de l'ictus laryngé et il arrive à conclure, comme Merklen, que l'ictus est dû à une inhibition des centres nerveux à point de départ laryngé et que cette inhibition est favorisée par l'anémie des centres nerveux, conséquence elle-même de la cyanose due à l'emphysème et aux quintes de toux. Il conseille comme traitement le bromure et l'antipyrine. On trouvera résumées les 43 observations d'origine française, dont 2 inédites. A. CARTAZ.

Herpès laryngé, par L. SECRÉTAN (*Ann. mal. de l'or.*, *août 1895*).

Après une courte discussion sur la notion de l'herpès, S. publie deux cas de cette affection, assez rares ; dans le premier cas, les vésicules siégeaient sur les aryténoïdes, l'espace interaryténoïdien, il y avait en même temps de l'herpès labial ; dans le second cas, il survint une pneumonie peu après la manifestation laryngée.

S. décrit les principaux symptômes de cette manifestation, peu grave, quand il s'agit d'herpès non symptomatique (Voy. *R. S. M.*, XLVI, 299).

A. CARTAZ.

Considérations sur les sténoses du larynx; nouvelle méthode de dilatation, par C. CORRADI (*Ann. mal. de l'or.*, *septembre 1895, et Rivista veneta di sc. med.*, *XXII*, *6*).

C., frappé des inconvénients des tubes dilatateurs de Schrötter, de la

difficulté qu'on a pour les introduire et surtout les tolérer en place, a employé une méthode fort ingénieuse. Il se sert de cylindres de laminaire, longs de 2 à 3 centimètres, gradués par séries suivant l'étroitesse du rétrécissement. Leur application n'exige aucun appareil, pas même le laryngoscope. Par l'ouverture trachéale (de la trachéotomie), on fait filer à travers le larynx jusque dans la bouche une fine bougie de gomme; cette bougie porte un fil qu'on amène hors de la bouche. A l'autre extrémité est attaché solidement le cylindre de laminaire qui glisse par l'ouverture trachéale et est conduit jusque dans le larynx, l'extrémité inférieure du cylindre est pourvue d'un fil qui ressort par la canule trachéale, mise alors en place. On peut ainsi, en tirant du haut et du bas, amener le cylindre à la position voulue et le maintenir en place d'une façon fixe. Après un certain temps, le cylindre est retiré par le haut et remplacé graduellement par un plus volumineux.

Ce procédé de dilatation est bien supporté, n'occasionne aucune irritation de l'organe. C. propose d'employer les mêmes cylindres pour les adhérences pharyngo-palatines. A. CARTAZ.

Contribution à l'étude de la phtisie laryngée, par Richard LAKE (*The Amer. Journ. of the med. sc., p. 407, avril 1895*).

L'ulcération dans la phtisie laryngée n'est pas primitive. Elle n'est pas primitivement tuberculeuse. Il se fait d'abord une inoculation de microorganismes autres que le bacille de Koch, puis un petit abcès, et c'est alors que les crachats probablement en passant au niveau de ce petit abcès ouvert y sèment le bacille tuberculeux. Si par une médication intratrachéale le bacille peut être détruit, le larynx sera par cela seul favorablement influencé. Dans les ulcérations superficielles, l'auteur recommande les applications caustiques d'acide chromique à 3 0/0, les antiseptiques, et l'acide lactique. L'extrait du corps thyroïde, essayé par l'auteur, si actif dans le lupus, ne semble donner aucun résultat dans la phtisie laryngée. F. VERCHÈRE.

Tumeurs tuberculeuses du larynx, par PAYSON CLARK (*The Amer. Journ. of the med. sc., p. 525, mai 1895*).

L'auteur a recherché tous les cas de tumeurs tuberculeuses du larynx, laissant de côté les infiltrations tuberculeuses de l'épiglotte, des aryténoïdes et de l'espace interaryténoïdien, n'envisageant que la tumeur arrondie, unique ou multiple, constituée au microscope par du tissu tuberculeux, contenant des bacilles et accompagnée, mais non constamment, de légères manifestations de tuberculose pulmonaire. Sur les 31 cas, dans 3, la tumeur ne fut trouvée qu'après la mort; 4 malades avaient plus de 40 ans et seulement 3 au-dessous de 29 ans, 23 hommes et 9 femmes.

Les tumeurs étaient rarement ulcérées; à leur surface, la muqueuse avait son apparence normale. Elles étaient résistantes, sessiles d'ordinaire, quelquefois pédiculées. Leur siège principal étaient les bandes ventriculaires, les cordes vocales, et les ventricules. On a pu les trouver en tous les points. La marche est assez lente, un an, au plus. Les symp-

tômes sont la raucité de la voix, souvent la dyspnée, plus rarement de la dysphagie, sans douleur généralement.

Les tumeurs sont-elles primitives ou secondaires? L'auteur pense qu'elles sont plutôt secondaires, et ne seraient qu'un dépôt métastatique résultant d'un foyer primitif, le plus fréquemment du poumon. Le diagnostic est parfois difficile et le microscope peut seul les distinguer d'un fibrome, d'un papillome ou d'un sarcome. F. VERCHÈRE.

Le parachlorophénol comme curatif local dans les affections tuberculeuses du larynx et comme désinfectant des crachats phtisiques, par A. SPENGLER (*Arch. des sc. biol. de St-Pétersbourg*, *IV*, *1*).

S. a employé avec grands avantages le parachlorophénol dans le traitement de la tuberculose laryngée. Il avait déterminé préalablement son pouvoir désinfectant sur des cultures pures de bacilles et des crachats et constatait qu'une solution à 2 0/0 tuait en deux heures les bacilles.

Il a traité 26 cas de tuberculose laryngée par des applications de glycérine au parachlorophénol à 5, 10 et même 50 0/0. L'application est peu douloureuse; ce corps agit même comme anesthésique, calme la dysphagie et cette action calmante dure quelques jours. Sur 26 observations S. a obtenu 10 guérisons complètes de la localisation laryngée; un lupus des voies aériennes supérieures a été complètement guéri. S. considère ce médicament comme bien supérieur à l'acide lactique. A. CARTAZ.

La gravidanza ha influenza sulla evoluzione dei tumori laryngei? par G. FERRERI (*Arch. ital. di otol.*, *III*, *4*).

La grossesse a-t-elle une influence sur le développement des tumeurs laryngées? F. pense que oui et publie à l'appui de cette hypothèse l'observation suivante :

Femme de 34 ans atteinte de raucité de la voix à son avant-dernière grossesse (la 5[e]), il y a trois ans. Au cours de la dernière grossesse, au huitième mois, enrouement, puis peu à peu troubles respiratoires qui nécessitent un jour une intervention immédiate. Tubage pendant 40 heures. Cessation de la dyspnée. La voix reste rauque. Après l'accouchement, même état. F. trouve une tumeur sous-glottique de la partie antérieure du larynx. Quelques jours plus tard nouvel accès de dyspnée qui nécessite la trachéotomie. Ablation de la tumeur, fibro-myxome. Guérison complète.

F. pense que la grossesse a favorisé le développement rapide de cette tumeur. A. CARTAZ.

Pseudo-coqueluche produite par un corps étranger du larynx chez un enfant de 5 ans; expulsion du corps étranger, guérison, par E. DE PRADEL (*France méd. p. 210*, *5 avril 1895*).

Une enfant de 5 ans avala en jouant un petit caillou. L'examen de la gorge et du pharynx fut négatif. Dans la nuit suivante, elle eut une toux rauque qui fit penser à de la laryngite striduleuse.

Quelques jours plus tard, l'enfant avait des quintes de toux suivies de vomissements qui furent prises pour de la coqueluche et traitées pour telles; elles avaient eu lieu en présence de médecins qui n'eurent aucun doute sur la réalité de la maladie.

Au bout de quatre mois de cet état persistant, dans une quinte de toux un peu plus forte, l'enfant rejeta un petit caillou de la forme et du volume d'un haricot. Aussitôt la toux disparut pour ne plus reparaître.

Il est à noter que le frère et la sœur de cette enfant, non séparés d'elle pendant les quatre mois de maladie, n'ont rien contracté qui rappelât la coqueluche.

L'auteur suppose que le corps étranger s'était logé dans les ventricules du larynx. LEFLAIVE.

Le tubage du larynx, indications, technique, etc..., par Louis MARTIN (*Bull. méd., 8 décembre 1895*).

On trouvera dans cet article une description minutieuse de la technique opératoire du tubage, avec figures explicatives à l'appui. L'auteur insiste sur tous les petits détails, fort importants, de la mise en place du tube, sur son extraction, sur les soins consécutifs à donner à l'enfant. Ses avantages le rendent supérieur à la trachéotomie, et depuis l'emploi du sérum, il doit lui être préféré dans la plupart des cas.

Sur 526 enfants atteints de diphtérie, M. a pratiqué 72 tubages, avec 16 morts. Dans 3 cas on a dû faire la trachéotomie, le tube ne pénétrant pas (laryngite sous-glottique) ; deux fois pour des cas *in extremis*. Un seul tubé a dû être trachéotomisé.

M. a fait dans 2 cas de dipthérie compliquée de broncho-pneumonie, après l'injection de sérum de Roux, une injection de sérum antistreptococcique et dans ces 2 cas il a sauvé l'enfant. A. CARTAZ.

Croup : intubation prolongée, par HENRY (*Bulletin méd. du Nord, 22 novembre 1895*).

L'auteur publie un fait intéressant à rapprocher des cas, rares, où, après la trachéotomie chez des enfants, la canule dut rester en place pendant des mois sans cause apparente d'obstacle laryngé.

Dans ce cas il s'agit de tubage pratiqué pour une diphtérie grave, chez une fillette de 4 ans et demi, chétive, maladive, issue de père tuberculeux, sœur de quatre autres enfants morts de méningite ou d'athrepsie. Injections de sérum de Roux, disparition des membranes. Le tube est rejeté une fois ; aussitôt l'enfant asphyxie complètement. Broncho-pneumonie qui nécessite une injection de sérum antistreptococcique. A ce moment, huitième jour de tubage, on peut retirer le tube pendant une demi-heure, mais on est obligé de le remettre. Abcès intercurrent du flanc au niveau de la piqûre ; le pus contient des streptoccoques. Quelques jours plus tard, pleurésie gauche. Pendant tout ce temps, le tube peut être changé, mais jamais retiré définitivement. L'examen du larynx ne révèle aucune paralysie. L'enfant, à sa sortie, porte encore le tube (du 16 juillet au 8 novembre).

L'auteur discute l'interprétation de ce cas et n'est pas éloigné d'admettre la nature hystérique de cette apnée, car il n'existe aucune trace de paralysie diphtéritique. A. CARTAZ.

Fréquence et gravité de l'obstruction des tubes laryngés dans le croup; méthode nouvelle d'intubation qui met à l'abri de ce danger, par BAYEUX (*Méd. moderne, p. 333 et 365, 25 mai et 8 juin 1895*).

L'auteur a recherché le moyen de parer aux accidents provoqués par

l'obstruction des tubes laryngés chez les enfants intubés, c'est-à-dire un moyen d'enlever les tubes par une manœuvre simple, que puisse exécuter toute personne placée auprès d'un enfant. Il y est parvenu en réduisant la longueur des tubes : il supprime dans les tubes d'O'Dwyer toute la portion située au-dessous du rétrécissement inférieur. De tels tubes s'énucléent facilement par simple pression sur leur extrémité inférieure et sont souvent projetés avec une grande force. La manœuvre de leur énucléation comprend deux temps : 1° relèvement de la tête, mise en place du pouce au niveau du bord inférieur du cricoïde; 2° pression modérée mais persistante avec la pulpe du pouce sur la trachée jusqu'à ce qu'on éprouve la sensation de fuite du tube et, à ce moment, abaissement rapide de la tête de l'enfant, afin que le tube ne tombe pas dans le pharynx.

GEORGES THIBIERGE.

I. — L'intubation laryngée dans le croup, étude critique ét clinique, par A. HUGUES (*Thèse de Lyon, 1895*).

II. — De l'intubation dans le croup, par F. BAUDOUIN (*Thèse de Paris, 1895*).

I. — Etude détaillée de la pratique du tubage dans la diphtérie (technique, accidents, indications, etc.). Dans ce travail, H. donne la statistique générale des intubations pratiquées dans le service de la diphtérie à Lyon depuis 1890 :

Avant la sérothérapie, 124 cas; morts, 83.

La trachéotomie secondaire a été pratiquée 25 fois ; 20 morts.

Depuis la sérothérapie, 73 cas ; morts, 20.

II. — La thèse de B. est, comme la précédente, un exposé détaillé de la méthode. La statistique personnelle compte 17 cas traités à l'hôpital de Rennes : 12 traités par le tubage, 8 morts ; 5 traités par la sérothérapie et le tubage, 2 morts.

A. CARTAZ.

I — Traitement antiseptique des suppurations chroniques simples de la caisse, par HAMON DU FOUGERAY (*Ann. mal. de l'or., juin 1895*).

II. — Du pansement de l'otite moyenne purulente chronique, par COUETOUX (*Ibidem, octobre 1895*).

I. — H. préconise pour le traitement des otites moyennes suppurées le pansement sec à la gaze iodoformée. Après lavage, nettoyage et assèchement du conduit, il introduit jusqu'au voisinage du tympan, sans pression, une bande de 3 centimètres de gaze. En peu de jours la suppuration tarit, l'otite se guérit. Le pansement peut rester en place deux ou trois jours.

II. — C. conseille dans les otites purulentes chroniques l'emploi de l'alcool pur, mais à la condition de l'employer bien chaud et autant que possible à 95°. Instillé dans le conduit, après lavage préalable et assèchement, l'alcool favorise l'évacuation du pus, diminue le gonflement du conduit et est toujours bien toléré. On peut le combiner à la méthode de pansement sec, de la façon suivante : faire chauffer de l'alcool à 95° boriqué, imbiber une bande de gaze, la flamber et au moment où la carbo-

nisation survient, panser l'oreille. Les résultats sont des plus remarquables. A. CARTAZ.

I. — Les paralysies faciales otitiques, variétés et traitement chirurgical, par CHIPAULT et E. DALEINE (*Revue de neurol.*, *15 mai 1895*).

II. — Des paralysies faciales otitiques et de leur traitement chirurgical, par E. DALEINE (*Thèse de Paris*, *1895*).

I et II.— Les lésions du facial d'origine otitique peuvent porter sur les différents points de son parcours constituant plusieurs variétés :

1° Au niveau de l'orifice auditif interne, le nerf facial peut être comprimé par un foyer de périméningite;

2° Dans le trajet du conduit auditif interne au seuil de l'aditus [*a*] par nécrose osseuse. Les auteurs ont réuni 83 cas de nécrose de l'oreille interne avec 55 fois paralysie faciale. Quand la nécrose était limitée au conduit auditif interne avec envahissement plus ou moins étendu de la zone criblée, 14 cas, 11 fois paralysie faciale; la nécrose portait sur le limaçon 22 fois, 9 paralysie faciale; enfin, dans la nécrose du labyrinthe et des canaux semi-circulaires, la paralysie existait 22 fois sur 29 cas.

b) Par névrite due à l'irruption du pus dans le canal de Fallope ou à une simple hyperémie du conduit ou du névrilemme;

3° Dans la traversée stylomastoïdienne par nécrose de la mastoïde; sur 42 cas, 10 paralysies (Gellé);

4° Au niveau du trou stylo mastoïdien (une seule observation personnelle).

Le diagnostic de ces diverses variétés peut être fait en se basant sur les caractères de l'otite et sur ceux de la paralysie.

Comme traitement, C. et D. conseillent dans les cas de nécrose, d'aller, par une opération méthodique, dont ils donnent la description détaillée, à la découverte du trajet du facial, ouvrant en même temps et détergeant les foyers purulents et enlevant les séquestres. A. CARTAZ.

Emiplegia faciale d'origine otitica, par G. GERONZI (*Arch. ital. di otol.*, *III*, *3*).

G. publie un nouveau cas de paralysie faciale, suite d'otite, observé chez un homme de 61 ans un peu sourd depuis quelque temps. La paralysie avait été attribuée à un coup de poing. Malade alcoolique, artério-scléreux. Le traitement de l'oreille malade amena en huit jours une amélioration de la paralysie faciale.

G. insiste sur la nécessité d'examiner l'état de l'oreille dans tous les cas de paralysie faciale pour donner ses soins à l'organe atteint, sans perdre trop de temps aux séances électriques. A. CARTAZ.

An analysis and notes on 824 ear cases in the year 1894, par James E.-H. NICHOLS (*Manhattan eye and ear hosp. Rep.*, *janvier 1895*).

Étude détaillée des cas d'affections de l'oreille, que l'auteur a eu à soigner dans son service en 1894.

Ces 824 cas se décomposent en :

Otite externe aiguë, 36 ; myringite aiguë, 12 ; otite moyenne aiguë, 82 ; mastoïdite aiguë, 10 ; otite moyenne aiguë suppurée, 42 ; otite moyenne chronique suppurée, 191 ; otite moyenne catarrhale chronique, 218 ; otite

interne, 35, dont un cas d'hémorragie labyrinthique suivie de guérison; otites moyennes et interne combinées, 64 cas.

N. étudie les relations de ces lésions avec les pharyngo-rhinites; il emploie habituellement le pansement sec pour ces suppurations.

A. CARTAZ.

Peut-on tirer de la forme du crâne des conclusions sur les dispositions anatomiques rendant plus ou moins dangereuses les opérations sur le rocher? par P. GARNAULT (*Broch., Paris, 1896*).

De l'examen anthropométrique de crânes dolichocéphales, brachycéphales et mésocéphales, G. conclut que l'on ne peut tirer aucune conclusion sûre de la forme du crâne pour ce qui concerne l'abaissement du plancher de la fosse cérébrale moyenne ou la procidence en avant du sinus latéral. On ne peut prévoir les variétés, mais on doit se rappeler que le sinus latéral a une procidence plus marquée du côté droit que du côté gauche. A. CARTAZ.

I. — Nécrose et séquestre du labyrinthe, par LANNOIS (*Revue int. de rhin., V, 1*).

II. — De la nécrose du labyrinthe et en particulier du limaçon, par Th. BEC (*Thèse de Lyon, 1894*).

III. — Ein Fall von Exfoliation der Cochlea, des Vestibulum und des Canalis semicircularis, par GOLDSTEIN (*Wiener med. Presse, 15 et 22 septembre 1895*).

IV. — Necrosis of the labyrinth..... spontaneous elimination, par FRIEDENWALD (*New York med. Journ., 23 février 1895*).

I. — Relation de trois cas de nécrose du labyrinthe observés par l'auteur :

1° Homme de 23 ans; otorrée droite rubéolique, datant de l'enfance. Pas de tuberculose. Le 14 septembre 1892, fièvre, vomissements, vertiges, otorrée reparue. Ablation de polypes du conduit. Amélioration progressive. En juillet, réapparition de l'écoulement puis, dans un lavage, élimination d'un fragment osseux : c'était le limaçon. Disparition de l'otorrée. Le malade entend la montre et l'acoumètre de Politzer au contact de l'os en avant du conduit et sur l'apophyse mastoïde. Pas de paralysie faciale;

2° Homme de 68 ans. Otite moyenne aiguë datant de 4 mois et demi; douleurs vives avec écoulement sanguinolent depuis six semaines. Extraction d'un sequestre constitué par le promontoire au niveau du limaçon. Surdité complète, guérison rapide de l'otite après l'ablation du sequestre. Pas de paralysie faciale;

3° Jeune fille de 15 ans. Syphilis héréditaire. Otorrée gauche datant de l'enfance. Nécrose du promontoire. Elimination de plusieurs sequestres et formation d'une vaste cavité anfractueuse au niveau de la région cochléenne. Paralysie du facial. Surdité absolue de ce côté. Cette enfant avait, de plus, une soudure du voile à la paroi postérieure du pharynx.

Pour expliquer la persistance de l'audition, L. admettrait que l'ébranlement osseux est soumis au tronc nerveux lui-même ou au bulbe et extériorisé ensuite (comme on le voit pour les nerfs sensitifs).

La surdité absolue est-elle la suite de ces lésions? les auristes sont partagés sur ce point. Il semble que certains malades peuvent encore entendre.

II. — La thèse de Bec a été inspirée par Lannois; c'est un travail consciencieux qui résume bien la question. L'auteur a pu réunir 65 observations y compris celles publiées dans le travail de Bezold (Voy. *R. S. M.*, XXXI, 277). Sur ces 65 cas, 58 fois le sexe était mentionné et l'on trouve la proportion de 43 garçons pour 15 filles. C'est dans le jeune âge, l'adolescence qu'on rencontre cette lésion. La nécrose est assez souvent limitée à une seule partie du labyrinthe et sur 65 cas, 23 fois la cochlée seule a été éliminée. Dans 83 0/0 des cas, il y avait paralysie faciale. D'après B. la fonction auditive est complètement perdue à la suite de cette lésion et la persistance n'est qu'apparente. A. CARTAZ.

III. — Garçon de 6 ans et demi, de race nègre, atteint d'une otite interne tuberculeuse. L'intérêt de cette observation d'une affection commune en elle-même réside en entier dans les expériences qu'institua G. et qu'il répéta maintes fois jusqu'à la mort du sujet qui succomba à la généralisation du processus tuberculeux, expériences relatives aux phénomènes de l'audition, laquelle, encore que les lésions locales et par conséquent la plaie opératoire eussent été très vastes, le limaçon et la partie profonde de la région pétreuse ayant disparu, ne subit aucun trouble. G. cite le fait sans le commenter et sans en tirer les déductions physiologiques qu'il pourrait suggérer sur les fonctions compliquées du labyrinthe dans les phénomènes auditifs. Il attire aussi l'attention sur ce fait que l'enfant malade, puis opéré, ne présenta jamais aucune perturbation du centre de gravité. CART.

IV. — Fillette de 4 ans, atteinte d'otorrée chronique. Ablation de polypes du conduit, puis trépanation mastoïdienne. L'otorrée reparait avec formation de polypes.

Opération de Kuester; la cavité osseuse est curetée à fond. L'otorrée revient assez rapidement; deux ans plus tard, un sequestre, constitué par un fragment du canal semi-circulaire, sort par le conduit auditif. Guérison rapide à partir de ce moment. A. CARTAZ.

A case of disease of the middle ear, etc. (Abcès du cerveau d'origine otique évacué par le nez), par Boyce BARROW (*The Lancet, p. 1643, 29 juin 1895*).

Une femme de 38 ans était atteinte d'otite moyenne suppurée depuis 13 ans. Il y a 5 ans, en 1890, on dut lui ouvrir l'apophyse mastoïde, pour divers accidents dont quelques-uns semblaient indiquer un abcès du cerveau. La malade, après cette opération, resta guérie jusqu'en décembre 1894 : à ce moment reparut de l'écoulement, de la rougeur, puis des signes d'inflammation endocranienne : le 3 février, un curetage de la mastoïde améliora à peine la situation : le 8, dans un effort de toux, la malade rendit tout à coup environ 60 grammes de pus fétide : une nouvelle intervention, au cours de laquelle on découvrit le sinus latéral, ne donna point de résultat favorable, et la patiente succomba le 12 février.

A l'autopsie, collection de pus comprimant le lobe frontal, s'étendant jusqu'à la lame criblée de l'ethmoïde qui présente un orifice par lequel le pus s'écoule dans les fosses nasales ; cette collection purulente communique par une traînée de pus située au-dessous du cerveau, avec un abcès temporo-sphénoïdal. L'os pétreux est carié, et le sinus longitudinal est thrombosé.

MAUBRAC.

A case of double mastoid disease wich septic thrombosis of the lateral sinus, par SECKER WALKER (*Brit. med. Journ., p. 806, 13 avril 1895*).

Femme de 24 ans, atteinte d'otorrée chronique double : depuis 4 semaines

gonflement des apophyses mastoïdes et céphalée violente. Depuis 15 jours, vomissements, frissons; finalement état comateux avec dilatation pupillaire, sans paralysie, névrite optique double. On diagnostique une suppuration mastoïdienne avec thrombose d'un sinus. Opération : trépanation de l'apophyse mastoïde gauche et mise à nu de la caisse qui est lavée antiseptiquement, puis rugination du sinus latéral qui est bloqué par un caillot fétide ; occlusion avec la gaze antiseptique après lavage. Après cette première opération, ouverture de l'abcès mastoïdien droit et de la caisse qui est trouvée pleine de pus caséeux. Amélioration immédiate pendant 48 heures : mais le troisième jour retour de la céphalée et des vomissements : on constate la présence d'un abcès rétrocervical; après l'avoir ouvert, on arrive à la protubérance occipitale saine. A partir de ce moment guérison régulière. H. R.

History and autopsy of two cases of fatal otitic brain disease, par H. KNAPP (*Arch. of otol., XXIV, 2, p. 121*).

Le premier cas est un type d'abcès du lobe temporo-sphénoïdal survenu chez un jeune médecin souffrant, depuis l'enfance, d'une otite bilatérale. Traitement depuis plusieurs années par l'acide trichloracétique. Quelques jours avant l'apparition des accidents, ablation de polypes de l'oreille. Accidents cérébraux ; mort d'accident comateux. Abcès du lobe temporo-sphénoïdal de 8 centimètres de long.

Dans le deuxième cas, homme de 24 ans, entré pour une otite aiguë suppurée datant du 29 novembre. Signes de mastoïdite, opération le 12 décembre, issue de pus et de fongosités. Aucune amélioration. Le 21 décembre, agrandissement de l'ouverture mastoïdienne, curetage, blessure du sinus latéral qui empêche de poursuivre l'opération. Le 25 décembre, le malade crache constamment, se plaint de douleurs dans la gorge avec gêne de la déglutition. La paroi pharyngée est rouge, un peu gonflée ; on ne constate que les signes d'une pharyngite catarrhale.

Le 26 décembre, craniotomie juste au-dessus du conduit auriculaire, sur le temporal, aucune lésion cérébrale apparente. Aggravation des symptômes. Deux jours après, nouvelle opération, ponction avec une fine aiguille dans le lobe temporal, sans résultats. Nouveau large curetage de l'antre mastoïdien, nouvelle blessure du sinus, hémorragie arrêtée par le tamponnement. Mort dans le coma le 3 janvier.

A l'autopsie, leptoméningite suppurée des lobes antérieurs du cerveau. Petits foyers purulents sous arachnoïdiens des lobes pariétaux. En soulevant l'os temporal, on trouve la partie supérieure de la cavité tympanique remplie de pus, ayant fusé le long de la trompe par le canal du tenseur tympanique et formant un abcès rétro-pharyngien, complication assurément fort rare.

A. CARTAZ.

Three cases of influenza otitis with epidural abscesses, par W. VULPIUS (*Arch. of otol., XXIV, 2, p. 131*).

Dans les trois observations rapportées par V. les abcès dure-mériens ne se signalèrent par aucun symptôme et ne furent reconnus qu'en opérant la mastoïdite.

Dans le premier cas, après l'ouverture des cellules mastoïdiennes, on ouvrit un petit trajet fistuleux qui fit découvrir un abcès du canal du sinus transverse, ce sinus baignant dans le pus ; un autre abcès sur le toit de l'antre.

Dans le deuxième cas, après l'ouverture de la mastoïde, petit abcès à la

paroi moyenne et gros abcès à la paroi latérale de la fosse cranienne postérieure.

Chez le troisième malade, il existait, en arrière, un abcès sus-dure-mérien dans la région cérébelleuse. Les trois malades ont bien guéri. A. CARTAZ.

Right suppurative otitis media, extensive thrombosis beginning in petro-squamous sinus, par CLEVELAND (*Arch. of otol.*, *XXIV*, *2*, *p. 136*).

Enfant de 6 ans. Otite droite suppurée avec perforation tympanique. Douleurs, fièvre, nausées sans douleur ni gonflement de la mastoïde ; on fait cependant une ouverture exploratrice, on ne trouve de pus nulle part ; mort dans le coma.

A l'autopsie : thrombose du sinus pétreux droit, érosion sur un point et pénétration directe du pus. La thrombose s'étend au sinus latéral, à la veine jugulaire et au sinus latéral gauche. Abcès de la fosse cérébelleuse gauche.

A. CARTAZ.

A case of external pachymeningitis of aural origin cured by trephining, par A. GUYE (*Arch. of otol.*, *XXIV*, *2*, *p. 270*).

Garçon de 16 ans. Otorrée depuis l'enfance. Surdité presque complète à droite. A la suite dé grippe, otite gauche. Six mois avant, ablation des amygdales. Ablation de tumeurs adénoïdes, paracentèse du tympan. Mastoïde toujours sensible. Opération le 4 décembre. Evacuation de pus et de fongosités. Pas de communication avec la cavité tympanique. Guérison en cinq semaines. Un mois plus tard, l'enfant revient se plaignant de douleur occipitale. Rien à l'oreille ni à la mastoïde. Après une observation prolongée, la fièvre et la douleur persistant, on fait, le 28 avril, la trépanation. Dure-mère légèrement hyperémiée. Disparition de la fièvre et de la douleur. Guérison complète.

A. CARTAZ.

Two cases of otitic brain disease, sinus thrombosis and abscess, par R.-S. MOSS (*Arch. of otol., XXIV*, *1*, *p. 41*).

Relation de deux cas d'accidents cérébraux suite d'otite moyenne suppurée. Dans le premier cas, femme de 27 ans, otite scarlatineuse, il existait de la mastoïdite avec phlegmon du cou. Ouverture mastoïdienne, drainage de la cellulite cervicale. Dix jours après, réapparition de la fièvre et des douleurs, frissons ; phlébite de la jugulaire. Dans une seconde opération, on ouvre le sinus sigmoïde qui était thrombosé. On enlève le caillot septique, puis la partie thrombosée de la veine jugulaire est coupée entre deux ligatures. Guérison.

Dans le second cas, femme de 51 ans, qui en 1893 avait déjà eu une inflammation de la mastoïde. En 1894, retour des accidents. Ouverture de la mastoïde sclérosée, issue de matière caséeuse. Persistance des accidents, photophobie, puis les jours suivants hémorragies rétiniennes. Deuxième opération tardive, par suite du refus de la malade. Pas de lésion des sinus, aucune lésion centrale apparente. Nausées, vomissements, malgré un écoulement purulent abondant par le pansement ; vertiges, délire, mort 24 jours après la seconde intervention. Pas d'autopsie. L'auteur pense à une méningite septique ou à un abcès profond du cerveau. A. CARTAZ.

A contribution to the technique of the operation of trephining for central abscesses of aural origin, par W. HANSBERG (*Achiv. of otol.*, XXIV, *1*, *p. 12*).

Article critique donnant des indications précises sur les points où doit

porter la trépanation suivant qu'on a affaire à un abcès du lobe temporal ou du cervelet, les deux sièges d'élection des abcès cérébraux d'origine otitique, sur la recherche de l'abcès une fois le cerveau à découvert, les points et la profondeur où peut pénétrer le bistouri explorateur. L'auteur discute les indications cranio-topographiques données avant lui par Chauvel, Bergmann et autres. A. CARTAZ.

Sulla trombosi otitica del seno trasverso, par G. GRADENIGO (*Arch. ital. di otol.*, *III*, *4*).

G. publie trois observations de cette complication grave de l'otite suppurée.

1° Homme de 59 ans. En octobre 1849, otite moyenne suppurée aiguë gauche avec abcès sous-périostique ouvert à ce moment. Persistance de la suppuration. En août aggravation, mastoïdite; le trajet fistuleux ne fait pas constater de dénudations osseuses. Opération le 11 août, large ouverture des cellules remplies de pus et de fongosités; décollement sous les muscles du cou. Drainage à la gaze. Thrombose du sinus transverse qui est dur, décoloration brunâtre sans pulsation. On n'y touche pas. Après l'opération suppression de la fièvre et des douleurs. La suppuration persistant du côté de la nuque, le 6 septembre, on réunit les trajets par une large incision. Le lendemain aggravation, délire, mydriase, mort.

A l'autopsie, thrombose du sinus transverse, infiltration purulente sous la pie-mère. Abcès dans le cervelet;

2° Dans le second cas, il n'y eut pas d'intervention, la malade succomba le lendemain de son admission. Il s'agissait aussi d'une otite avec mastoïdite, thrombose septique du sinus transverse et abcès extradural confinant au toit tympanal. Infection gangréneuse et foyers purulents dans le poumon;

3° Homme de 37 ans. Otite avec mastoïdite. Antrectomie.

Les jours suivants, symptômes de pyémie. Nouvelle opération. Thrombose du sinus transverse; ouverture de la paroi, ablation du thrombus. Tamponnement. Guérison. A. CARTAZ.

I. — Two cases of septicemia due to middle ear disease; operation; recovery par Gifford NASH (*The Lancet*, *p. 259*, *3 août 1895*).

II. — Otorrhœa : lateral sinus trombosis; operation; recovery, par Bernard PITTS (*Ibid.*, *p. 332*, *10 août 1895*).

III. — Three cases illustrating the more severe complications of middle ear disease, par Mansell MOULLIN (*Ibid.*, *p. 1290*, *23 novembre 1895*).

IV. — Scarlet fewer : otorrhœa; thrombosis of the lateral sinus; pyemia : recovery, par TURNER (*Ibid.*, *p. 1358*, *30 novembre 1895*).

I. — Dans le premier cas il s'agit d'un garçon atteint d'otite chronique, et qui, à la suite d'un coup sur la tête, eut une pleuropneumonie septique; l'antre fut ouvert et cureté, la dure-mère fut trouvée saine ainsi que le sinus latéral dans lequel il n'y avait point de thrombose.

Après maints accidents, le patient finit par guérir.

Le second cas a trait à un garçon de 12 ans, atteint d'otite chronique depuis 2 ans : il présentait tous les signes de septicémie par phlébite du sinus latéral.

On trépana au-dessus et en arrière du méat, et la fosse moyenne du crâne fut ouverte; la dure-mère était saine; un abcès entre l'os et le sinus latéral

contenait 8 grammes de pus fétide; le sinus était épaissi et décoloré; on ne l'incisa point. Le lendemain la température monta à 40°; on lia alors et on divisa ensuite la jugulaire au niveau du cricoïde; la jugulaire, au-dessous de l'abouchement de la linguo-faciale était vide; on réouvrit l'incision pratiquée la veille, et après ouverture du sinus on en retira un caillot volumineux. L'enfant présenta encore des frissons, des signes d'excitation cérébrale, on dut ouvrir un abcès cervical. La guérison se fit néanmoins, en un mois et demi environ.

II. — Chez un garçon de 9 ans, atteint d'accidents encéphaliques et généraux graves consécutifs à une otite moyenne, durant depuis une année, Pitts ouvrit l'antre mastoïdien, puis mit à nu le sinus latéral; au-dessous du sinus était du pus fétide. Le sinus fut ponctionné et on reconnut dans son intérieur un caillot purulent qu'on enleva après incision du vaisseau; la température s'abaissa aussitôt de 39°,5 à 37°,3, pour remonter le matin suivant à 40°.

Le surlendemain du jour de l'opération, Pitts lia la veine jugulaire au niveau du cricoïde; ce vaisseau était vide et aplati. Peu à peu la convalescence s'établit, entrecoupée de frissons, d'accès fébriles (jusqu'à 41°,2); deux abcès, dus à la phlébite septique se développèrent au voisinage de la veine jugulaire et durent être incisés. Guérison avec fistule mastoïdienne et léger écoulement par l'oreille.

III. — 1° Complications inflammatoires dans la fosse temporale; vaste abcès, décollement du périoste. Exploration du sinus latéral, que l'on trouve sain. Guérison;

2° Garçon de 19 ans; septicémie d'origine otique; le sinus latéral est découvert; un caillot le remplit. Ce caillot est retiré. La veine jugulaire est liée; elle n'était pas thrombosée. Guérison lente;

3° Homme de 31 ans; signes de septicémie, torpeur, etc.; trépanation de l'antre mastoïdien; le sinus latéral ne paraît point thrombosé; la veine jugulaire est mise à découvert, on constate que le sang y circule librement. Les signes de septicémie progressent; pleurésie, péricardite, mort 8 jours après l'opération. A l'autopsie, on trouve le sinus latéral rempli de caillots ramollis, et en partie décolorés; ces caillots siégeaient au delà du point exploré, près de la ligne médiane.

IV. — Un enfant de 16 ans est atteint de scarlatine le 27 janvier 1895. Le 8 février, on constate une otorrée droite, et quelques jours après une otorrée double.

Le 2 mars, on constate des frissons, de la fièvre, des vomissements, de la céphalalgie, de la douleur nettement localisée derrière l'oreille droite.

Le 5 mars, l'antre mastoïdien est ouvert; il paraît sain. Le sillon sigmoïde est ouvert, et aussitôt s'échappe un flot de liquide noir, fétide; ce liquide s'écoulait d'une façon intermittente, et Turner constata qu'il existait une communication entre le liquide qui s'écoulait de l'ouverture intra-cranienne, et le contenu de la veine jugulaire au cou. Le sillon sigmoïde est alors largement ouvert; en avant, l'os n'est point recouvert par la dure-mère; le sinus paraissait détruit. En comprimant la jugulaire, on faisait sourdre un peu de sang au niveau du bulbe de la jugulaire. La durée de l'opération (1 heure et demie) et l'état alarmant du patient ne permirent pas de lier la jugulaire; cette dernière opération fut pratiquée le 7 mars; la veine était saine; des accidents fort graves de pyémie survinrent; une arthrite suppurée du coude fut ouverte le 8 mars; la hanche, également suppurée, fut ouverte le 12 mars, en même temps qu'un abcès de la fesse; la pyémie finit par guérir; le 25 mai, on enleva de l'apophyse mastoïde plusieurs séquestres; la région était définitivement guérie le 22 juin.

Le 4 août, l'enfant marchait, sans luxation de la hanche, sans raccourcissement du membre; l'otite double persistait. MAUBRAC.

Verticillium graphii as the cause of an obstinate otitis externa diffusa, par Max. HERZOG (*Arch. of otology, XXIV, 1, p. 46*).

Siebenmann a donné (*Arch. of otol.*, XVIII, p. 257) un relevé de 53 cas de mycose de l'oreille étudiés par Bezold au point de vue mycologique. Sur ces 53 cas, le verticillium graphii a été noté 7 fois. H. publie un nouveau cas d'otite externe double remontant à quatre ou cinq ans, causée par ce champignon. L'instillation d'alcool salicylé amena la guérison rapide. A. CARTAZ.

Lymphangites péri-auriculaires simulant la mastoïdite, par H. FAVRAUD (*Thèse de Paris, 1895*).

Après une description sommaire de l'appareil lymphatique de l'oreille, F. décrit les lymphangites rétro-auriculaires (lymphangites simples et adéno-phlegmon) qui peuvent simuler la mastoïdite. Ces lymphangites peuvent être causées par toutes les variétés d'irritation du conduit externe; leur cause la plus fréquente est la furonculose. F. décrit les principaux symptômes de cette lésion : douleur vive à la pression en avant du tragus, en arrière du conduit, à la traction du pavillon de l'oreille. Il indique les signes qui permettront de reconnaître cette adéno-lymphangite de la mastoïdite et le traitement à suivre. A. CARTAZ.

Angiome caverneux de l'oreille, par MOURE (*Revue de laryngologie, 1er décembre 1895*).

Femme de 47 ans, sujette depuis quelques mois à de petits écoulements de sang par l'oreille. Son médecin enlève un petit polype de la grosseur d'un pois; hémorragie abondante. Récidive de la tumeur qui a le volume d'un gros noyau de cerise, d'aspect gris rosé, inséré à la paroi supérieure de la caisse. Ablation au polypotome. Hémorragie de sang veineux extrêmement abondante, nécessitant un tamponnement occlusif absolu pendant 5 à 6 jours. Guérison. Il s'agissait, comme l'a montré l'examen histologique, d'un angiome fibreux. A. CARTAZ.

Kyste dermoïde du pavillon de l'oreille, par E. BLANC (*Loire méd., 15 octobre 1895*).

Jeune garçon de 16 ans. Apparition il y a 6 ans, à la partie postérieure du pavillon de l'oreille droite, d'une petite tumeur qui a atteint actuellement le volume d'un œuf de pigeon. Cette tumeur, indolente, est arrondie, molle, résistante, sans adhérences avec la peau mais attenante au cartilage de l'oreille par un prolongement fibreux qu'on détache au moment de l'ablation. Le contenu de la poche est celui des kystes dermoïdes. OZENNE.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année ou le volume ne sont pas indiqués sont de 1895.

A

Abcès. — Jendrassik. Un cas d'abcès sous-phrénique. (*Deut.. med. Woch.*, 3 oct.)

Abdomen. — Solger. Remarques sur le travail de Bardeleben, anastomose abdominale des artères de l'ombilic. *R. S. M.*, XLVI, 407 (*Anat. Anzeiger*, XI, 2.) — Muller (Friedrich). Remarques sur la percussion de l'abdomen. (*Berlin. klin. Woch.*, 1er avril.) — Johnson. Résultats des opérations abdominales faites dans son hôpital. (*Americ. j. of obst.*, oct.) — Lannelongue. Pseudo-pénis ombilical. (*Bull. méd.*, 22 sept.) — Mumford. Sur les plaies pénétrantes de l'abdomen. (*Boston med. Journ.*, 25 juill.) — Rubattel et O. Muller. Cas d'empalement, suivi de guérison. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIV, p. 617.) — Schlatter. Plaie par instrument piquant de l'abdomen avec hernie de l'épiploon et du côlon transverse et blessure profonde du foie. Réduction des parties herniées, suture hépatique. Guérison. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 25 fév.) — Linoli. Blessure par coup de couteau de l'abdomen avec issue et lésion de l'intestin et du mésentère. Guérison. (*Lo Sperimentale*, 10, p. 190.) — Scudder. Trois cas de laparotomie par plaies pénétrantes de l'abdomen. (*Boston med. Journ.*, 18 juill.) — E. Linguiti. La laparotomie précoce pour le diagnostic et le traitement des lésions traumatiques des organes abdominaux sans solution de continuité de la paroi. (*Riforma med.*, p. 494, 18 mai.) — Hassler. Fibrome de la paroi abdominale. (9e *Cong. franc. de chir.*) — Reclus. Fibrome de la paroi abdominale. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 278.)

Accouchement. — Ross. Analyse de 6,777 cas d'accouchement, 1852-92. (*Americ. j. of obst.*, sept.) — Venables. Notes sur un millier de cas de la pratique obstétricale. (*Boston med. Journ.*, 19 sept.) — Coston. Mortalité infantile pendant le travail. (*Therap. Gaz.*, 16 sept.) — Borri. Les dimensions des os longs des membres fœtaux dans le dernier trimestre de la vie

intra-utérine et leurs rapports avec la taille. (*Lo Sperimentale*, sez. clinica, 16, p. 302.) — REID. L'importance de l'asepsie dans la pratique obstétricale, (*N.-York med. j.*, 2 nov.) — GALLOIS. Les lavages utérins en obstétrique. (*Arch. de tocol.*, août.) — TRUZZI. Du tamponnement prophylactique de l'utérus dans les accouchements à terme. (*Monats. f. Geburt.*, II, 2.) — WYLIE. Prophylaxie des affections utérines dues à la parturition. (*Med. Record*, 21 sept.) — GOENNER. Examen de la forme et de la grosseur du crâne. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXIII, 1.) — GEYL (A.). De l'œdème aigu intermittent du col de l'utérus pendant le travail et les couches. (*Leipzig.*) — DEMELIN. De l'infection du liquide amniotique après la rupture prématurée des membranes. (*Journ. des Praticiens*, 28 sept.) — AUDEBERT. Des injections de sérum artificiel en obstétrique. (*Bull. méd.*, 6 oct.) — KEHRER. Présentations de l'épaule négligées. (*Ibid.*) — LEFOUR. Rotation interne de la tête et circulaire du cordon. (*Ibid.*) — HERMITE. De l'évolution fœtale dans la version podalique. (*Dauphiné méd.*, 1er août.) — E. LOUBET. Evolution spontanée d'un fœtus de huit mois. (*Ibid.*) — GRASEMANN. Evolution spontanée chez une primipare. (*Cent. f. Gynaek.*, 26 oct.) — BRINDEAU. De la conduite à tenir dans les présentations du siège décomplété (mode des fesses). (*Union méd.*, 12 oct.) — BUMM. Accouchement prématuré artificiel d'un enfant de huit mois pesant 4,320 grammes et long de 54 centimètres. Les trois précédents enfants de la même mère étaient déjà des géants, dont le premier pesait 11 livres et demie et fut extrait par craniotomie ; les deux suivants étaient mort-nés. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 fév.) — KUFFERATH. De l'accouchement prématuré. (*Bull. méd.*, 6 oct.) — TARNIER. Rupture intra-utérine des membranes. (*Ibid.*) — DUEHRSSEN. Nouvelle méthode de traitement des accouchements avant terme. (*Samml klin. Vort.*, 131.) — PLANCHARD. Rétention du méconium due à un rétrécissement de tout le gros intestin. (*Le Centre méd.*, 1er nov.) — GAUTRELET. De l'accouchement dans les malformations utérines, 43 observations. (*Thèse de Paris.*) — KLIEN. Des accouchements avec bassin cyphotique (*Arch. f. Gynaek.*, L, 1.) — TUCKER. Dystocie fœtale. (*Med. Record*, 7 sept. LINOLI. Un cas rare de dystocie fœtale. Evolution céphalique forcée sur un fœtus hydrocéphalique en présentation de l'épaule. (*Lo Sperimentale*, sez. clinica, 1, p. 6.) — OSMOND et CHOTTARD. Dystocie par rigidité pathologique du col, rétention dans l'utérus pendant quatre jours de la tête dernière. (*Année méd. Caen*, 15 mai et *Arch. de tocol.*, oct.) — EUSTACHE. De l'oblitération du col de l'utérus au moment de l'accouchement. (*Journ. sc. méd. Lille*, 16 mars et *Arch. de tocol.*, oct.) — PORAK. Oblitération du col, dissociation des éléments du cordon, endopériphlébite d'origine probablement syphilitique. (*Journ. méd. Paris*, 13 oct.) — BRINDEAU. Deux cas de dystocie dus à la résistance de l'orifice vaginal. (*Progrès méd.*, 24 avril.) — PORAK Rétention d'urine chez un fœtus. (*Journ. de méd. Paris*, 23 juin.) — NARICH Dangers de l'emploi du lacs dans l'extraction du siège. (*Soc. obst., Paris* 11 juill.) — BAR. Sur l'emploi du lacs au point de vue des lésions qu'il peut produire. Deux nouveaux dangers du lacs et deux nouveaux avantages du tracteur du siège. (*Journ. méd. Paris*, 27 oct.) — MAHER. Etudes sur le forceps avec démonstrations mécaniques. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 31 août.) — CHAMBRELENT. Tumeur du bassin et basiotripsie. (*Bull. méd.*, 2 oct.) — SPAETH. Résultats de la symphyséotomie. (*Monats. f. Geburt.*, II, 2.) — BINAUD. De la symphyséotomie. (*Bull. méd.*, 8 sept.) — LEFOUR. Symphyséotomie. (*Ibid.*, 6 oct.) — GEUER. De l'occlusion ostéoplastique de la fente de la symphyse après la symphyséotomie. (*Cent. f. Gynaek.*, 26 oct.) — TAYLOR. La symphyséotomie. (*Med. Record*, 21 sept.) — HAMILTON. Valeur de la symphyséotomie. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 24 août.)

Acné. — Colcott Fox. Acné scrofulosorum infantile. (*Brit. j. of derm.*, nov.)

— Brocq. De la conduite à tenir dans les cas d'acné hypertrophique peu développée. (*Journ. des Praticiens*, 8, p. 113.) — Fournier. De quelques modifications apportées à la technique des scarifications dans l'acné rosacée. (*Journ. de méd. Paris*, 23 juin.)

Acromégalie. — Gordinier. Deux cas d'acromégalie. (*Med. News*, 7 sept.) — Dallemagne. Trois cas d'acromégalie avec autopsies. (*Arch. de méd. exp.*, VII, 5.) — Chauffard. Acromégalie fruste avec macroglossie. (*Soc. méd. des hôp.*, 12 juill.) — G. Sigurini et A. Caporiacco. Un cas d'acromégalie. (*Riforma med.*, p. 376, 7 mai.) — Dœbbelin. Pseudo-acromégalie et acromégalie. (*Thèse de Kœnigsberg.*) — Mossé. Deux cas d'acromégalie, pathogénie, traitement. (*Soc. de biol.*, 26 oct.) — Benson. Acromégalie avec complications oculaires. (*Brit. med. j.*, 19 oct.) — Eshner. Un cas d'acromégalie. (*Med. News*, 26 oct.)

Actinomycose. — Dubreuilh et Frèche. L'actinomycose dans le sud-ouest de la France. (*Ann. de derm.*, VI, 8 et 9.) — Poncet. De l'actinomycose temporo-maxillaire. (9e *Cong. franç. de chir.*) — Reboul. Actinomycose thoracique. (*Ibid.*) — Deléarde. De l'actinomycose. (*Bull. méd. Nord*, 27 sept.) — Pringle. Actinomycose étendue à la peau. (*Med. chir. Trans.*, LXXVIII, p. 21.) — Ziegler. Cultures pures d'actinomycès. (*Münch. med. Wohc.*, 16, p. 373.

Addison (Mal. d'). — Fish. Maladie d'Addison avec pyrexie. (*Brit. med. j.*, 9 nov.) — Winslow. Un cas de maladie d'Addison. (*Boston med. Journ.*, 11 juill.) — Mc Lauthlin. Maladie d'Addison. (*Med. News*, 14 sept.) — Mérigot de Treigny. Sur la maladie d'Addison. (*Journ. des Praticiens*, p. 133, 31 août.)

Albumine, urie. — Halliburton. Protéoses dans les épanchements séreux. (*Journ. of path. and bact.*, III, 3.) — Tvirbout. Influence du carbonate de chaux sur l'échange des albumines chez l'homme sain. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — G. Patein. De la recherche et du dosage de l'albumine dans l'urine. (*Journ. des Praticiens*, 31 août.) — Simon. Albuminurie fonctionnelle. (*N. York med. j.*, 21 sept.) — Krehl. De l'albuminurie cyclique. (*Corresp.-Blatt. aerztl. Thuringen*, mai.) — Ramos. Albuminurie produite par de hautes doses d'antipyrine. (*Ann. Soc. méd. Bahia*, avril.) — Chéron. Le régime alimentaire dans l'albuminurie. (*Bull. méd.*, 22 sept.) — Du Cazal. Teinture de cantharides et albuminurie. (*Gaz. hebd. Paris*, 26 oct.)

Alcool, isme. — Calmette. La fabrication des alcools de riz en Extrême-Orient; étude biologique et physiologique de la levure chinoise et du koji japonais. (*Arch. de méd. nav.*, oct.) — Coiffier. Procédé facile pour la vérification de l'alcool. (Broch., *Le Puy.*) — Kellogg. L'influence de l'alcool sur la toxicité urinaire. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 21 sept.) — Didama. Doit-on user de l'alcool dans le traitement des maladies? (*Ibid.*, 21 sept.) — Crothers. L'intolérance et l'alcool (*Ibid.*, 28 sept.) — Grosvenor. Contribution à l'étude de la solution du problème de l'alcoolisme. (*Ibid.*, 28 sept.) — Quimby. La fatalité des opérations chirurgicales dans l'alcoolisme. (*Ibid.*, 28 sept.) — Sérieux. L'asile d'alcooliques de la Seine. (*Ann. méd. psych.*, nov.) — Monnier. Les stigmates de l'alcoolisme. (*Gaz. méd. Nantes*, 12 oct.) — Herz. Des névroses alcooliques. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LIII, p. 235.) — Repond. De la responsabilité des alcooliques et du diagnostic différentiel de l'ivresse pathologique et de l'ivresse ordinaire. (*Rev. méd.*

Suisse romande, XV, p. 48.) — MAUDE. Névrite alcoolique périphérique dans l'âge avancé. (*Brain*, 70.) — G. COLIN. Prophylaxie de l'alcoolisme. (*Bull. Acad. méd.*, 27 août.) — M. RUNKIEWICZ. Influence de la strichnine sur l'intoxication alcoolique. (*Tomsk.*)

Aliénation. — TOULOUSE. Les causes de la folie, prophylaxie et assistance. (In-8°, 449 p., *Paris*, 1896.) — LANG. Statistique concernant la démence. (*Boston med. Journ.*, 15 août.) — MAUDSLEY. La folie au point de vue de la responsabilité criminelle. (*Brit. med. j.*, 28 sept.) — Victor PARANT. L'irresponsabilité des actes chez les aliénés; qualités et défauts de la loi française... (*Ann. d'hyg. publ.*, mars.) — TOMLISON. Folie et tuberculose. (*Journ. of nerv. dis.*, oct.) — DAVENPORT. Rapports des affections pelviennes avec les troubles mentaux. (*Med. News*, 5 oct.) — BOND. Rapports de l'aliénation et du diabète. (*Brit. med. j.*, 28 sept.) — MAUDE. Troubles mentaux et goitre exophtalmiqne. (*Ibid.*, 28 sept.) — HEAD. Troubles mentaux associés à des altérations viscérales. (*Ibid.*) — TRÉNEL. Psychoses sur un fond de dégénérescence mentale chez le vieillard. (*Arch. de neurol.*, sept.) — MAGNAN. Délire des dégénérés. (*Progrès méd.*, 3 avril.) — FARQUHARSON. Mélancolie, ses caractères dans la Cumberland et à West Morland. (*Lancet*, 21 sept.) — ŒSTERREICH. Thrombose cachectique des sinus longitudinal et transverse chez une aliénée de 28 ans ayant un cœur petit, une aorte étroite et un ulcère du duodénum. (*Berlin. klin. Woch.*, 14 mars.) — L. MEYER et H. MEINER. Peptonurie chez les aliénés. (*Arch. f. Psych.*, XXVII, 2.) — STEFANI. Elimination d'acide phosphorique par l'urine dans les phases dépressives à forme cyclique. (*Riv. sper. di freniat.*, XXI, 2 et 3.) — MAYBERRY. Critique des méthodes actuelles de traitement des aliénés; plaidoyer en faveur d'un meilleur système de traitement de l'aliénation mentale aiguë curable. (*Americ. med. Bull.*, 15 sept.) — De la mise en liberté des aliénés dits criminels. (*Soc. méd. psych.* 24 juin.) — VIANNA. L'assistance des aliénés à Bahia, rapport. (*Ann. Soc. med. Bahia*, juill.) — RAYNER. Traitement de la mélancolie. (*Brit. med. j.*, 28 sept.) — CALE. Deux cas d'opérations pour folie traumatique. (*N. York med. j.*, 12 oct.)

Alimentation. — E. HART. Le régime à l'état de santé et dans les maladies. (In-8°, 232 p., *Londres.*) — MENDEL. Les accessoires de l'alimentation. (*Diet. and hyg. Gaz.*, 3.) — HEDGES. Qualité et quantité de l'alimentation chez les enfants. (*N. York med. j.*, 28 sept.) — BECKER et SCHLESINGER. Principes de l'alimentation humaine en santé et maladie. (*Francfort-sur-Mein.*) — BONDZYNSKI. Dosage de la graisse du fromage. (*Zeit. f. anal. Chemie*, XXXIII.)

Allaitement. — VARIOT. Deux cas d'insuccès de l'allaitement artificiel par le lait de chèvre. (*Journ. de clin. infant.*, 22 août.)

Amputation. — WILLE. Des modifications secondaires de la moelle après la désarticulation de l'humérus. (*Arch. f. Psych.*, XXVII, 2.) — BIER. Conditions nécessaires aux moignons d'amputations diaphysaires pour supporter le poids du corps. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 mai.) — GIRARD. Désarticulation de l'os iliaque pour sarcome. (9e *Cong. franç. de chir.*)

Amygdale. — FRAENKEL. La nature infectieuse de l'amygdalite laculaire. (*Brit. med. Assoc.*, 31 juill.) — FRAENKEL et MACYNTIRE. Discussion sur la nature infectieuse de l'amygdalite lacunaire. (*Brit. med. j.*, 26 oct.) — ROY. Hypertrophie lymphoïde de la base de la langue cause d'affections de la gorge,

surtout chez les chanteurs. (*Med. News*, 26 oct.) — Winckler. Curette pour les opérations sur l'amygdale linguale. (*Arch. f. Laryng.*, III, 1.) — Fournier. Chancre de l'amygdale. (*Gaz. hebd. Paris*, 14 sept.) — Hitz. Un cas de chancre de l'amygdale. (*Med. Record*, 28 sept.) — Tauber. Sarcome primitif de l'amygdale, ablation par la pharyngotomie latérale. (*Vratch*, 13 avril.) — Bacon. Sarcome du cou comprenant l'amygdale et amenant de la surdité chez un enfant de 7 ans. (*N. York med. j.*, 31 août.) — Royet. Epithélioma de l'amygdale chez un syphilitique. (*Lyon médical*, 29 sept.)

Anatomie. — Toldt. Atlas anatomique, 1re partie. (*Vienne.*) — Fraenkel. De la nomenclature anatomique. (*Arch. f. Laryng.*, III, 1.) — Gaupp. Anatomie de la grenouille. (*Anat. Anzeiger*, XI, 1.) — Hermann. Méthode de conservation par le formaldéhyde. (*Ibid.*, IX, 4.) — Van Gieson. Idem. (*Ibid.*, X, 15.) — Parker et Floyd. Conservation des cerveaux par l'alcool et le formol. (*Ibid.*, XI, 5.) — Lee. Formol ou formaldéhyde. (*Ibid.*, XI, 8.)

Anémie. — Senator. Les corpuscules mobiles de Perles (protozoaires ?) dans l'anémie pernicieuse. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 mai.) — Dunin. Des états anémiques. (*Samml. klin. Vort.*, 135.)

Anesthésie. — Gurlt. Statistiques d'anesthésies, 1894-95. (*Arch. f. klin. Chir.*, LI, 1.) — De Tarchanoff. L'état psychique des grenouilles chloroformées. (*Rev. scient.*, 17 août.) — Chinsky. Recherches expérimentales comparatives sur la mort des animaux à sang froid provoquée par l'inhalation de vapeurs de chloroforme ou d'éther. (*Thèse de Paris.*) — A. Benedicenti. Influence exercée par la dépression atmosphérique sur l'élimination du chloroforme par les poumons. (*Giorn. Accad. di med. Torino*, p. 378, juill.-août.) — B. Brown. De l'action thérapeutique du chloroforme dans la parturition. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 31 août.) — Silk. Sur l'anesthésie dans les opérations de la gorge. (*Practitioner*, oct.) — Lewin. Sur l'emploi du vinaigre contre les vomissements consécutifs à la chloroformisation. (*Rev. de chir.*, sept.) — Marciguey. Asphyxie par les agents anesthésiques. (*Journ. des Praticiens*, 28 sept.) — Kaarsberg. Un cas de mort par l'éther. (*Hosp. Tidende*, 35.) — Girerd et Noir. La cocaïne en chirurgie. L'emploi de cet anesthésique dans la colpopérinéorraphie. (*Progrès méd.*, 21 sept.) — Lewis. L'anesthésie locale par infiltration dans la chirurgie génito-urinaire. (*N. York med. j.*, p. 277, 31 août.) — Just Championnière. Anesthésie locale par le gaïacol. Anesthésie sans dangers satisfaisante pour la chirurgie dentaire. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 sept.) — Langlois et Maurange. De l'action de la spartéine et de l'oxyspartéine dans l'anesthésie chloroformique. (*Arch. de phys.*, VII, 4.) — Fontan. Un cornet à chloroforme métallique, stérilisable. (*Arch. de méd. nav.*, sept.)

Anévrisme. — Embley. Signe diagnostique de l'anévrisme du cœur. (*Austral. med. j.*, XVII, p. 361.) — Rodrigues. Etude des anévrismes de l'aorte à Bahia. (*Ann. Soc. med. Bahia*, juin.) — Crawford. Un cas d'anévrisme de l'aorte thoracique. (*Boston med. Journ.*, 12 sept.) — Hampeln. Des hémopisies prémonitoires dans les anévrismes de l'aorte. (*Berlin. klin. Woch.*, XXXI, 52.) — Gruenwald. Anévrisme du tronc brachio-céphalique, sténose trachéale grave. (*Münch. med. Woch.*, 21, p. 494.) — Gruenwald. Anévrisme faux traumatique de l'artère palatine descendante droite. (*Ibid.*, 21, p. 495.) — Troisfontaines. Anévrisme traumatique de l'artère crurale guéri par la compression élastique. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 sept.) — Souchon. Ané-

vrisme double de la fémorale gauche ; anévrisme de la fémorale et de la poplitée ; triple et quadruple anévrisme du même membre. (*N. York med. j.*, 2 nov.) — Demoulin. Anévrisme poplité gauche. Echec de la méthode de Reid. Ligature de l'artère fémorale au triangle de Scarpa. Guérison. (*Arch. de med.*, août.) — Hayes. Modification de la ligature à distance pour la dilatation anévrismale. (*Lancet*, 12 oct.) — P. Delbet. Traitement des anévrismes, statistiques nouvelles. (9e *Cong. franç. de chir.*)

Angine. — Landouzy. Clinique microbiologique des angines. (*Presse méd.*, 3 août.) — Ripault. Un cas d'angine de Ludwig. (*Ann. mal. de l'or.*, sept.) — Cazeneuve de la Roche. Trois cas mortels d'angine de poitrine, un cas d'artério-sclérose en traitement vraisemblablement d'origine bactérienne, dans une même famille. (*Méd. mod.*, 7 sept.)

Angiome. — Jolly. Etude anatomo-pathologique d'un angiome sarcomateux. (*Arch. de méd. exp.*, VII, 5.)

Anthropologie. — Hamy. Les races humaines de Madagascar. (*Rev. scient.*, 21 sept.)

Anus. — Freeman. Anus vulvo-vaginal. (*Med. News*, 21 sept.) — Couteaud. Une cure d'anus artificiel. (*Arch. de méd. nav.*, sept.) — Forgue. Anus contre nature siégeant sur le cœcum. Résection intestinale, réunion par le bouton de Murphy, hémorragie, mort. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 549 et *N. Montpellier méd.*, 32, p. 625.) — E. Picone. Contribution à l'étude des diverses méthodes de résection de l'éperon dans l'anus contre nature. (*Riforma med.*, p. 470 et 483, 16 et 17 mai.) — Le Dentu. Sur le traitement des anus contre nature. — Reverdin. Fistules stercorales dues à une perforation du rectum guéries par un anus contre nature. (9e *Cong. franç. de chir.*) — Linkenheld. 1° Colostomie fessière de Witzel ; 2° Opérations intra-péritonéale d'anus contre nature. (*Cent. f. Chir.*, 9 nov.)

Appareils. — Couturier. Un nouveau nœud pour la ligature d'un vaisseau du pédicule. (*Arch. prov. de chir.*, IV, 9.) — Kirmisson. Ecarteur laveur des paupières. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 546.) — Harris. Le stéréophochromoscope, nouvel instrument optique. (*Journ. of anat.*, oct.) — Duehrssen. Une boîte gynécologique en aluminium. (*Cent. f. Gynaek.*, 2 nov.) — Cathcart. Forme simple de pompe à épuisement pour la taille sus-pubienne. (*Brit. med. j.*, 19 oct.) — Duchastelet. Nettoyeur vésical, robinet à double effet. (*Ann. mal. des org. gén. urin.*, oct.) — Lust et Granprez. Recueil de types de bandages. (146 p., *Bruxelles.*) — Selva. Nouveau procédé de bandage du pouce. (*Med. News*, 28 sept.) — Gigli. Sur une manière simple et pratique d'enlever les appareils plâtrés. (*Lo Sperimentale*, sez. clinica, 1, p. 1.)

Artère. — Fawcett. Origine et trajet intracranien de l'artère ophtalmique, ses rapports avec le nerf optique. (*Journ. of anat.*, oct.) — Gérard. Sur l'existence de canaux anastomotiques artério-veineux. (*Arch. de phys.*, VII, 4.) — Batouïew. Anomalie artérielle dans la région de l'anneau interne du canal inguinal. (*Vratch*, 12 oct.) — Wertheimer. Sur les contractions rythmiques des membres synchrones aux oscillations de la pression artérielle. (*Arch. de phys.*, VII, 4.) — Brunton. De l'athérome et de ses conséquences. (*Lancet*, 12 oct.) — L. Jacobsohn. Sur la forme grave d'artériosclérose du système nerveux central. (*Berlin. klin. Woch.*, 418, 13 mai.) — Ballance et Edmunds. Traité de la ligature des grosses artères. Observations sur la nature et le traitement des anévrismes. (In-8° avec 232 fig.,

Londres.) — BURREL. Un cas de ligature de l'artère innominée. (*Boston med. Journ.*, 8 août.) — LAPSLEY. Ligature de la carotide primitive gauche, guérison. (*Med. News*, 7 sept.)

Articulation. — FAWCETT. Les retinacula de Weitbrecht, quelle est leur fonction ? (*Journ. of anat.*, oct.) — KAZZANDER. Observations sur l'anatomie de l'articulation du genou chez l'homme. (*Anat. Anzeiger*, XI, 2.) — MARSH. Histoire clinique et pathologique de quelques formes rares d'ankylose osseuse. (*Brit. med. j.*, 2 nov.) — LANE. Ankylose osseuse de l'articulation temporo-maxillaire. (*London clin. Soc.*, 11 oct.) — BAEHR. Diastasis traumatique de l'articulation acromio-claviculaire. (*Cent. f. Chir.*, 2 nov.) — CAMPENON. Le genu recurvatum dans les affections chroniques de la hanche et particulièrement dans la coxalgie chez les enfants. — ROUX. Méniscite chronique traumatique. — GROSS. Déformations secondaires après les résections du genou. — REDARD et HENNEQUIN. De l'ostéotomie oblique dans les ankyloses vicieuses de la hanche. — MONTAZ. De l'enclouage de l'articulation coxo-fémorale après sa résection. (9e *Cong. franç. de chir.*) — W. LIERMANN. Traitement mécanique de la coxalgie. (*Francfort-sur-Mein.*) — LE DENTU. Cas d'arthrite fongueuse où la désorganisation profonde de la moelle diaphysaire a nécessité la désarticulation du membre. Technique et résultats de cinq désarticulations de la cuisse. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 467.) — DEMONS. Genou à ressort. (*Bull. méd.*, 22 sept.) — TROUILLET. Arthrotomie du genou. (*Dauphiné méd.*, 1er mars.) — KAREWSKI. Arthrodèse du pied dans la paralysie. (*Cent. f. Chir.*, 7 sept.) — BARTH. Anatomie pathologique des corps étrangers articulaires. (*Ibid.*, 26 oct.)

Asphyxie. — BROUARDEL. Les asphyxies par les gaz, les vapeurs et les anesthésiques. (In-8°, 416 p., *Paris*, 1896.) — LAZAREWITCH. Traitement de l'asphyxie des nouveau-nés. (*Cent. f. Gynaek.*, 25 mai.) — MC CALLUM. Traction de la langue comme stimulant cardiaque. (*Med. News*, 28 sept.)

Avortement. — ROSSIER. Avortement au deuxième mois dans un utérus didelphe. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XV, p. 519.) — AYERS. Diagnostic et statistique de l'avortement. (*Med. Record*, 28 sept.)— O'REILLY. Hématocèle suite d'avortement. (*Lancet*, 12 oct.) — CUMSTON. La métrite cause d'avortement. (*Boston med. Journ.*, 29 août.) — JACUB. Traitement de l'avortement (*Monats. f. Geburts.*, II, 3.) — AUDEBERT. Conduite à tenir dans l'avortement incomplet. (*Bull. méd.*, 6 oct.) — LUTAUD. A propos du traitement de la rétention placentaire dans l'avortement des premiers mois. (*Journ. méd. Paris*, 29 sept.)

B

Bactériologie. — DUCAMPS. Cours de microbiologie (1er fasc., 135 p., *Montpellier*.) — NOCARD et LECLAINCHE. Les maladies microbiennes des animaux (in-8°, 816 p., Paris, 1896). — SABRAZÈS et COLOMBOT. Les procédés de défense des vertébrés inférieurs contre les microbes. (*Rev. sc.*, 31 août.) — CHARRIN. Influence des toxines sur la descendance. (*Arch. de phys.*, VII, 4.) — ARLOING et LAULANIÉ. Des troubles de la température, des combustions respiratoires et de la thermogenèse sous l'influence des toxines bacté-

riennes. (*Ibid.*, VII, 4.) — Guinard et Artaud. De la période latente des empoisonnements par injections veineuses de toxines microbiennes. (*Lyon méd.* 26 mai.) — Babes. Observations sur les corpuscules métachromatiques, les spores, les ramifications et les capsules des bactéries posthogènes. (*Ann. Inst. de bact. Bucarest*, V, p. 393.) — Kutscher. Phosphorescence des vibrions de l'Elbe. (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 14 et 15.) — Miquel et Lattraye. De la résistance des spores des bactéries aux températures humides égales et supérieures à 100°. (*Ann. de microg.*, 5.) — Ottolenghi. Action des bactéries sur les alcaloïdes ; action de quelques saprophytes sur la toxicité de la strychnine. (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 9.) — Chassevant. Action du benzène sur les microorganismes. (*Soc. de biol.*, 26 oct.) — Pernice et Scagliosi. Altérations histologiques et vitalité des bacilles de Lœffler dans les fausses membranes diphtéritiques. (*Riforma med.*, n° 142, juin.) — Max Wolff. De la bactériurie (1 cas par bacille colique sans cathétérisme). (*Berl. klin. Woch.*, 18 fév.) — De Klecki. Sur un bizarre microbe intestinal. (*Ann. Inst. Pasteur*, IX, 9.) — Grimbert et Choquet. Sur la présence du coli-bacille dans la bouche de l'homme sain. (*Soc. de biol.*, 19 oct.) — N.-N. Miasnikoff. Le bacille typhique et le bacille du colon. (*Vratch*, 5 oct.) — Smith. Démonstration de la présence du bacille coli dans l'eau. (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 16.) — Monod. Association bactérienne d'aérobies et d'anaérobies, gangrène du foie. (*Soc. de biol.*, 11 mai.) — Beco. De l'association du bacille de l'anthrax avec le staphylocoque aureus. (*Cent. f. allg. Path.*, 1er sept.) — Barbes et Bazanesco. Nouvelles recherches sur l'étiologie de la maladie des petits chiens. (*Ann. Inst. de bact. Bucarest*, V, p. 431).

Bain. — Pucey. Les bains publics à Budapest. (In-4°, 59 p., Paris.) — Shepard. Le bain en médecine moderne. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 14 sept.) — Stifler. Effets physiologiques des bains minéralisés. (*Berl. klin. Woch.*, 18 mars.) — Keller. L'évolution dans les idées sur le degré de concentration convenable des bains d'eaux salées. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 mars.) — Richardson. Le bain chaud comme moyen de diagnostic dans les affections abdominales (*Asclepiad*, XI, p. 268.) — Grœdel. Des bains dans l'artério-sclérose. (*Berl. klin. Woch.*, 18 mars.) — Desternes. Indication et rôle du bain froid dans le traitement de l'infection puerpérale. (*Thèse de Paris*).

Bassin. — Stratz. Le bassin des Javanaises. (*Ned. tidj. v. Verl. Gyn.*, VI, 1.) — Klien. Nouvelle méthode de mensuration du bassin. (*Monats. f. Geburt.*, II, 3.) — Queirel. Note sur la symphyse pubienne. (*Ann. de gyn.*, sept.) — Budin. Du bassin ilio-fémoral et luxation de la hanche. (*Bull. méd.*, 2 oct.) — Crouzat. Mensuration pelvienne et symphyséorraphie. (*Ibid.*) — Martin. Remarques sur la chirurgie pelvienne. (*Journ. Amer. med. Ass.*, 10 août.) — Katzenelson. Des fractures du bassin. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLI, 6.)

Bec de lièvre — Heath. Considérations cliniques sur le bec-de-lièvre. (*The Practitioner*, août.)

Biliaire. — Mayo. La lithiase biliaire. (*N.-York med. j.*, 24 août.) — Beadler. Rapports des calculs biliaires avec les affections malignes du foie. (*London path. Soc.*, 5 nov.) — Mc Graw. Traitement de l'obstruction du canal cholédoque (*Ann. of Surg.*, août.) — Œsterreich. Cancer de la vésicule biliaire avec extension à la tête du pancréas et modifications multiples du tissu adipeux intra et extrapancréatique, chez une femme obèse, de 60 ans, ayant

depuis 10 ans des attaques de coliques et de l'ictère, sans glycosurie (*Berl. klin. Woch.*, 14 mars.) — CLAUDE. Lithiase biliaire, cancer du foie propagé à la vésicule, cholécystostomie. (*Soc. anat. Paris*, 5 juil.) — TERRIER. Traitement chirurgical des angiocholites et cholécystites infectieuses. (9e *Cong. franç. de chir.*) — DELAGENIÈRE. Cholécystostomie intra-pariétale et transmusculaire. (*Ibid.*) — REBOUL. Cholécystite calculeuse suppurée, cholécystotomie lombaire, guérison. (*Bull. soc. de Chir.*, XXI, p. 398.) — QUÉNU. Chirurgie du cholédoque, cholédochotomie sans suture. (*Ibid.*, XXI, p. 318 et 322).

Blennorragie. — GUITERAS. La blennorragie chez l'homme. (*Americ. med. Bull.*, 1er sept.) — VALE. Blennorragie chronique et mariage. (*Med. News*, 14 sept.) — HEIM. De la blennorrée des nouveau-nés et de sa prophylaxie en Suisse. (*Thèse d'Olten.*) — KOPYTOWSKI. Valeur de la présence du gonocoque et d'autres bactéries dans les sécrétions du col chez les prostituées guéries. (*Arch. f. Dermat.*, XXXII, 3.) — BUJWID. Le gonocoque cause d'abcès pyémiques. (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 14.) — FAITOUT. La pleurésie blennorragique. (*Arch. de méd.*, oct.) — LITTEN. De la péliose et de la chorée blennorragiques. (*Berl. klin. Woch.*, 8 avril.) — VIGNAUDON. L'artropathie blennorragique chez l'enfant. (*Rev. mal. de l'enf.*, mai). — VENTURI. Folie blennorragique et pyophrénies. (*Ann. méd. psych.*, sep.) — GENOVA. Pyélonéphrite blennorragique et pachyméningite suppurée. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXX, 3.) — F. WIDAL. Luxation spontanée de la tête du radius droit au cours d'hydartroses blennorragiques à bascule des deux coudes. (*Soc. méd. des hôp.*, 26 juil.) — KUTNER. Hématurie, suite de blennorragie chronique. (*Berl. klin. Woch.*, 4 mars.) — WOHL. 7 observations de spermatorrée consécutive à la blennorragie chronique. (*Pester med. chir. Presse*, 19 mai). — LIPSKI. Des complications oculaires métastatiques de la blennorragie. (*Thèse de Paris.*) — SCHULTEIS. Prophylaxie de l'ophtalmie blennorragique. (*Thèse de Greifswald.*) — ALBERTAZZI. Traitement de la blennorragie par l'argentamine. (*Gaz. d. Osped.*, nº 85.) — MENAHEM-HODARA. Sur l'urétroscopie de Nitze-Oberlaender et le traitement de la blennorragie chronique. (*Ann. mal. org. gén. urin.*. sept.) — RIES. Traitement de la cystite chronique du col et des formes de gonorrée chronique. (*Ther. Mon.*, sept.) — JAISOHN. Les injections alcalines dans le traitement de la blennorragie. (*Med. Record*, 7 sept.) — SCHUTZE. Du traitement hydrothérapique de la blennorragie (injection d'eau pure à des degrés divers de température et de pression. (*Berl. klin. Woch.*, 25 mars).

Bouche. — MONCORVO fils. Pathogénie de la fièvre aphteuse (*Soc. de biol.*, 26 oct.) — SIEGEL. De la stomatite épidémique. (*Arch. f. Laryng.*, III, 1.) — BABES et ZAMBILOVICI. Recherches sur le noma. (*Ann. Inst. de bact. Bucarest*, V, p. 277.) — CONNER. Traitement chirurgical du cancer des lèvres, de la langue, de la bouche et du pharynx. (*Ann. of surg.*, oct.).

Bronche. — SAINZ. Les infections bronchiques chez les vieillards. (*Thèse de Paris.*) — LANCEREAUX. Les bronchites. (*Gaz. des hôp.*, 17 sept.) — CLAISSE. Dilatation bronchique expérimentale (*Soc. de biol.*, 26 oct.) — A.-J. RODZEWITCH. Influence de l'ablation partielle de l'épithélium bronchique sur le tissu pulmonaire. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — HUCHARD. Bronchite mucomembraneuse chronique primitive. Son traitement par l'iodure de potassium. (*Soc. médic. des hôpit.*, 26 juil. et *Journ. des Praticiens*, 8, p. 117.) — MONNIER et ROUXEAU. La broncho-pneumonie des clapiers. (*Soc. de biol.*, 19 oct.) — MARFAN. De la broncho-pneumonie pseudo-lobaire. (*Gaz. méd. Paris*, 12 oct.) — KOBLER. Du son tympano-métallique à la percussion

dans les cas de bronchectasies caverneuses multiples. (*Wiener med. Woch.*, 14 sept.) — MORELL. Injections hypodermiques d'ammoniaque dans la bronchite capillaire et la broncho-pneumonie. (*N.-York med. j.*, 7 sept.) LEVI. Cancer broncho-pulmonaire. (*Arch. gén. de méd.*, sept.) — MORELL. Injections sous-cutanées d'esprit ammoniacal dans la broncho-pneumonie. (*Northwestern Lancet*, XV, p. 332).

Brûlure. — ROCHON. Brûlure de la région dorso-lombaire, méningite cérébro-spinale. (*Journ. de clin. infant.*, 29 août.) — LEISTIKOW. Traitement des brûlures au premier et deuxième degré, par l'ichthyol. (*Monast. f. Prakt. Derm.*, XXI, 9.)

C

Cancer. — CAZIN. La théorie psorospermique du cancer. (*Rev. des mal. cancér.*, I, 1.) — NEPVEU. Séminium cellulaire dans le carcinome et l'épithéliome et diagnostic de la généralisation par l'examen du sang. (*Ibid.*) — MAYET. De l'inoculation du cancer. (*Province méd.*, 1er juin.) — MC GRAW. Nos connaissances actuelles sur les tumeurs et les cancers. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 7 sept.) — GUINARD. Récidive des tumeurs malignes par inoculation opératoire. (*Union méd.*, 28 sept.) — KUMMER et F. DUCELLIER. Inoculation d'un cancroïde du coude à la lèvre inférieure. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIV, p. 621.) — WEBB. Immunité des mineurs contre le cancer. (*Birmingham med. Review*, oct.) — GEORG. CLÉMENT. Diverses combinaisons de cancer et de tuberculose. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXXIX, 1.) — BOURREAU. Essai de sérothérapie contre le cancer. (*Gaz. hebd. Paris.*, 14 sept.) — HÉRICOURT et RICHET. De la sérothérapie dans le traitement du cancer. (*Acad. des sc.*, 21 oct.) — COLEY. Traitement des tumeurs malignes inopérables par les toxines de l'érysipèle et du bacillus prodigiosus. (*Trans. Americ. Surg. Ass.*, XII.) — KOPFSTEIN. Action du sérum érysipélateux. (*Wiener klin. Rundsch.*, 33.) — CAMPANINI. Traitement des tumeurs malignes inopérables par les injections de toxines d'érysipèle. (*Policlinico*, juillet.) — BEER. Le traitement et la cure du cancer d'après Adamkiewicz. (*Wiener med. Woch.*, 24 août.) — DENNIS. Etiologie, diagnostic et traitement des tumeurs malignes. (*Ann. of Surg.*, oct.) — FRIEDRICH. Traitement par les poisons bactériens des tumeurs inopérables. (*Arch. f. klin. Chir.*, L, 4.) — HUE. Cancer et acide arsénieux. (*Normandie méd.*, 1er nov.)

Cartilage. — G. LIONTI. Sur la structure du cartilage hyalin fœtal et adulte. (*Riforma med.*, 15 juill.) — FÜRSTENHEIM. Tumeurs congénitales cartilagineuses du cou provenant d'un arrêt de développement de la deuxième fente branchiale. (*Berlin. klin. Woch.*, 1er avril.)

Cellule. — WALDEYER. Nouvelles recherches sur la structure et la nature de la cellule. (*Deut. med. Woch.*, 24 oct.) — BALBIANI. Sur la structure et la division du noyau chez le spirochæ gemmipara. (*Ann. de microg.*, juin.) — FARMER et MOORE. Les similitudes essentielles dans les divisions nucléaires hétérotypes chez les animaux et les plantes. (*Anat. Anzeiger*, XI, 3.) — KOTSOVSKY. Sur les modifications des cellules dans leur mort lente. (*Arch. sc. biol. Saint-Pétersbourg*, IV, 1.)

Cerveau. — Broadbent. Origine du cerveau. (*Brain*, n° 70.) — Luys. La structure du cerveau. (*Journ. méd. Paris*, 3 nov.) — Elliot Smith. Morphologie du cerveau et de ses commissures dans la série des vertébrés. (*Anat. Anzeiger*, XI, 3.) — Smith. Morphologie du vrai lobe limbique, corps calleux, septum pellucidum. (*Journ. of anat.*, oct.) — Sala. Sur la fine structure du torus longitudinalis dans le cerveau des téléostéens. (*Arch. ital. de biol.*, XXIV, 1.) — Mickle. Les formes normales du cerveau. (*Brit. med. j.*, 28 sept.) — Laupts. Le fonctionnement cérébral pendant le rêve et pendant le sommeil hypnotique. (*Ann. méd. psych.*, nov.) — Sommer. Sur la théorie des localisations cérébrales pour l'écriture et la lecture. (*Zeit. f. Psychol.*, V.) — Mills. Des localisations corticales d'après les travaux récents. (*Journ. of nerv. dis.*, sept.) — Albert. Un mot d'histoire relativement à la théorie des localisations cérébrales. (*Wiener med. Presse*, 6 oct.) — Castellino. Sur les fonctions des couches optiques. (*Wiener med. Woch.*, 3 août.) — Stern. Des variations périodiques des fonctions cérébrales. (*Arch. f. Psych.*, XXVII, 3.) — Turner. Résultats de la destruction expérimentale du tubercule de Rolando. (*Brain*, 70.) — Vitzou. La néoformation des cellules nerveuses dans le cerveau du singe consécutive à l'ablation complète des lobes occipitaux. (*Acad. des sc.*, 16 sept.) — Monti. Sur l'anatomie pathologique des éléments nerveux dans les processus provenant d'embolisme cérébral. Signification physiologique des prolongements protoplasmatiques des cellules nerveuses. (*Arch. ital. de biol.*, XXIV, 1.) — A. Binet et Sollier. Recherches sur le pouls cérébral dans ses rapports avec les attitudes du corps, la respiration et les actes psychiques. (*Arch. de phys.*, VII, 4.) — V. Monakow. Recherches cliniques et expérimentales sur la couche optique, la région sous-thalamique, sur les défectuosités précoces et congénitales du cerveau et du cervelet. (*Arch. f. Psych.*, XXVII, 2.) — Nonne. Symptômes complexes dans des troubles de coordination d'origine congénitale. (*Arch. f. Psych.*, XXVII, 2.) — Wallenberg. Affection bulbaire aiguë, embolie de l'artère cérébelleuse postéro-inférieure gauche. (*Arch. f. Psych.*, XXVII, 2.) — Snell. Thrombose primitive du sinus longitudinal supérieur chez un adulte, guérison. (*Lancet*, 9 nov.) — Keown. Céphalématome avec hémorragie cérébrale. (*Med. News*, 26 oct.) — Stein. Etiologie des hémorragies cérébrales. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, VII, 3 et 4.) — J. Althaus. La signification physiologique des symptômes bulbaires dans l'asthénie encéphalique. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXL, 1.) — Mann. Des formes de paralysie dans l'hémiplégie cérébrale. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 132.) — Pacetti. Un cas de ramollissement du pont de Varole et ses rapports avec l'aphasie et l'anartrie (*Riv. sper. di freniat.* XXI, 2 et 3.) — De Pradel. Tuberculose cérébrale probable, fruste au point de vue symptomatique, mort soudaine par phénomènes convulsifs. (*Journ. clin. inf.*, 1er août.) — V. Bramann. Pronostic des tumeurs cérébrales. (*Arch. f. klin. Chir.*, LI, 1.) — S. Dwornitchenko. Tumeur perlée de la base du cerveau et épilepsie. (*Vratch*, 27 juill.) — Preston. Tumeurs du cerveau, 3 cas. (*Journ. of nerv. dis.*, sept.) — Walton. *Idem.* (*Ibid.*) — Mackay. Tumeur cérébrale avec hémi-anesthésie. (*Brain*, 70.) — West. Tumeur cérébrale avec symptômes initiaux sensoriels dans le bras et la face. (*Ibid.*). — Pianetta. Des tumeurs du lobe frontal. (*Riv. sper. di freniat.*, XXI, 2 et 3.) — Collins. Tumeur de l'aqueduc de Sylvius. (*Americ. j. of med. sc.*, oct.) — Carrara. Un cas de mort par tumeur cérébrale (neurogliome) à la suite d'un traumatisme de la tête. (*Giorn. Accad. di medic. Torino*, juin, p. 270.) — Angelucci. Les effets de la trépanation sur l'œdème de la papille par tumeurs cérébrales, 3 cas. (*Arch. di ottalm.*, III, p. 34.) — Graser. Kyste cérébral opéré. (*Arch. f. klin. Chir.* L, 4.) — Büdinger. Des commotions cérébrales. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLI, 6.) — Routier. Contusion cérébrale. (*Bull. Soc. chir.*, XXI, p. 547.) — Giannelli. Phénomènes

suite de compression observés par une brèche cranienne. (*Riv. sper. di fren.*, XXI, 2 et 3.) — BROMET et PARDOE. Fracture du crâne avec lacération du cerveau, sucre et acétone dans l'urine. (*Lancet*, 21 sept.) — DOYEN. La chirurgie du cerveau. (*Méd. moderne*, 6 nov.) — E. VON BERGMANN. Quelques progrès de la chirurgie cérébrale. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 avril.) — TERRIER. Traitement chirurgical des hydrocéphalies aiguës et chroniques. (*Progrès méd.*, 12 oct.) — GLYNN et THOMAS. Hydrocéphalie, trépanation, ouverture du quatrième ventricule, guérison. (*Lancet*, 2 nov.)

Cervelet. — BRUCE. Du flocculus. (*Brain*, 70.) — AMALDI. 2 cas d'atrophie partielle du cervelet. (*Riv. sper. di freniat.*, XXI, 2 et 3.) — FISHER et ERDMANN. Tumeur du cervelet. (*Journ. of nerv. dis.*, sept.) — ESKRIDGE. Tumeur et grand kyste du cervelet avec symptômes ayant duré quelques années. (*Med. Record*, 17 août.)

Césarienne (Op.) — MONTPROFIT. Opération césarienne et myomectomie. (*Arch. prov. de chir.*, IV, 10.) — MERZ. Deux opérations césariennes. (*Bull. méd.*, 6 oct.)

Champignon. — CRAMER. Composition des spores du penicillium glaucum et de leur résistance aux influences extérieures. (*Arch. f. Hyg.*, XX.)

Chancre. — KREFTING. Du chancre mixte. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXI, 9.) — UNNA. Sur les diverses phases de la doctrine du streptobacille du chancre mou. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXX, 3.)

Charbon. — HITZIG. Un cas de charbon chez l'homme. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 15 mars.) — LIAKHOVETSKY. Sur les phénomènes provoqués par l'inoculation des bactéridies charbonneuses sur la cornée des animaux réfractaires et des animaux sensibles. (*Arch. sc. biol. Saint-Pétersbourg*, IV, 1.) — MARCHOUX. Sérum anticharbonneux. (*Soc. de biol.*, 2 nov.) — NICOLAS et RAOUL DESLONGCHAMPS. Valeur antiseptique de la chloroline à l'égard du charbon. (*Province méd.*, 7 sept.)

Chirurgie. LAMBOTTE et VAN DE WIELE. Rapport sur les opérations pratiquées pendant l'année 1894, à l'hôpital Sainte-Elisabeth à Anvers. (*Ann. Soc. méd. Anvers*, sept.) — CHIENE, BILLINGS. L'enseignement de la chirurgie. (*Trans. Americ. surg. Ass.*, XII.)

Chlorose. — SETTI. Des échanges matériels dans la chlorose. (*Riv. veneta di sc. med.*, XXIII.) — BRUGGEMANN. Relâchement de l'estomac dans la chlorose. (*Thèse de Bonn.*) — MELTZING. Gastéroptose et chlorose. (*Wiener med. Presse*, 28 juill.)

Choléra. — MATTHIOLUIS. L'épidémie de choléra à Constantinople, 1893-1894. (*Arch. f. Hyg.*, XXIII, 4.) — BRASSANO. Réapparition du choléra à Ortakeny. (*Gaz. méd. d'Orient*, 8.) — ORNSTEIN. Faits et observations sur la prophylaxie du choléra. (*Ibid*, 10.) — KAMEN. Etudes bactériologiques sur le choléra. (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 14 et 15.) — WICHEGRODSKI. Sur les bacilles cholériformes dans l'eau du canal de Wedensk. (*Vratch*, 14 sept.) — LEE. Prophylaxie du choléra asiatique. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 14 sept.)

Chorée. — CARY. De la chorée. (*Med. News*, 14 sept.) — JOHNSON. De la chorée dite congénitale. (*Americ. j. of med. sc.*, oct.) — DANA. Pathologie de la chorée héréditaire. (*Journ. of nerv. dis.*, sept.) — LAUTERBACH. Un

cas de chorée suite de rhumatisme articulaire aigu. (*Wiener med. Presse*, 25 août.) — ROKWELL. Notes sur la nature et le traitement de la chorée d'après l'examen de 75 cas. (*Med. Record*, 3 août.)

Choroïde. — DE SPÉVILLE. Scléro-choroïdite antérieure chez une enfant de 14 ans. (*Clin. opht.*, avril.) — HORSEY. Sarcome de la choroïde. (*Ann. of opht.*, IV, 3.)

Climat. — MINIAT et NEUKOMM. Climats chauds et climats d'altitude; traitement climatique des maladies des organes respiratoires. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 mars.)

Cœur. — SCHEIBER. Nouvelle division des mouvements du cœur, de la théorie de Ludwig. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVIII, 5 et 6.) — AUSSET. Sémeiologie des palpitations. (*Bull. méd. Nord*, 25 oct.) — DUROZIEZ. Du souffle à double courant cardiaque sans communication anormale. (*France méd.*. 25 oct.) — POTAIN et VAQUEZ. Du cœur chez les jeunes sujets et de la prétendue hypertrophie de croissance. (*Semaine méd.*, 25 sept.) — O. VERAGUTH. Recherches sur les valvules normales et pathologiques du cœur. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXXIX, 1.) — POTAIN. Des effets des lésions cardiaques sur l'organisme au point de vue de leur pronostic et de leur traitement. (*Bull. méd.*, 2 oct.) — ROMME. Le rôle du traumatisme dans l'étiologie des affections organiques du cœur. (*Gaz. hebd. Paris*, 19 oct.) — HEIDENHAIN. Sur le développement d'affections organiques du cœur à la suite de la contusion de cet organe. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLI, 4.) — JACOB. Dilatation aiguë et chronique du cœur d'origine nerveuse. (*Berl. klin. Woch.*, 8 oct. 1894.) — BARD. Affection organique du cœur; l'asystolie n'est pas fonction de troubles mécaniques. (*Lyon méd.*, 22 sept.) — HUCHARD. Asystolie, dyspnée cardiaque et ptomaïnique. (*Bull. méd.*, 25 sept.) — LAACHE. Recherches cliniques sur quelques affections cardiaques non valvulaires, hypertrophie idiopathique. Dégénérescence du muscle. (*Rev. de méd.*, sept.) — COLEY. Tachycardie associée à des bruits fonctionnels et organiques. (*Med. News*, 2 nov.) — EDWARDS. Insuffisance aortique relative par myocardite fibreuse chronique. (*Americ. j. of med. sc.*, oct.) — EICHHORST. Rétrécissement pulmonaire congénital et anévrisme de la carotide primitive chez un sourd-muet de 12 ans dont la sœur a succombé à une affection congénitale du cœur. (*Cor.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er avril.) — GOUGET. Un cas de double lésion mitrale avec souffle d'insuffisance pulmonaire fonctionnelle et disparition presque complète du pouls radial. (*Rev. de méd.*, sept.) — PHEAR. Souffle présystolique de la pointe sans rétrécissement mitral. (*Thèse de Cambridge* et *Lancet*, 21 sept.) — GRIFFITH. L'aire du bruit de rétrécissement mitral. (*Americ. j. of med. sc.*, sept.) — STEEL. Le pouls dans le rétrécissement mitral. (*Med. Chronicle*, sept.) — BARIÉ. Le rétrécissement préartériel de l'artère pulmonaire. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 19 juillet.) — LIPARI. Rétrécissement congénital de l'orifice aortique, absence d'une valvule semilunaire. (*Morgagni*, août.) — FLINT. Endocardite ulcéreuse avec rétrécissement de l'aorte. (*Lancet*, 28 sept.) — RICHARDIÈRE. La forme tardive de la maladie bleue. (*Union méd.*, 20 juill.) — CHATIN et BRET. Sur un cas de maladie bleue, forme tardive. (*Province méd.*, 25 mai.) — SAUNDBY. Le traitement des maladies du cœur de Schott à Nauheim. (*Brit. med. j.*, 2 nov.) — GLAY. Traitement diététique des cardiopathies chroniques. (*Wiener med. Presse*, 8 sept.) — POSPICHIL. De l'hydrothérapie dans les maladies organiques du cœur. (*Berlin. klin. Woch.*, 15 avril.) — LORAND. Sur le traitement manuel des maladies du cœur. (*Wiener med. Presse*, 6 oct.) — HUCHARD. Comment traiter la maladie de Stokes-Adams? (*Journ. des Praticiens*,

28 sept.) — Haig. Iodures dans les affections cardiaques. (*Therap. Gaz.*, 16 sept.) — Caton. Traitement de l'endocardite rhumatismale aiguë. (*Liverpool med. chir. j.*, juill.) — Delorme et Mignon. Sur la ponction et l'incision du péricarde. (*Rev. de chir.*, oct.) — Tanner. Un cas de perforation spontanée du cœur. (*Boston med. journ.*, 18 juill.) — Ricketts. Rupture du ventricule latéral droit. (*Médicine*, juill.) — Guillemot. Rupture du cœur. (*Soc. anat. Paris*, 12 juill.) — Césaris-Demel. Rhabdomyome multiple du cœur. (*Arch. p. sc. med.*, XIX, 2.)

Conjonctive. — Gasparini. Bactériologie des conjonctivites aiguës. (*Soc. ital. di ottalm.*, août.) — Bardelli. Sur la stérilisation du sac conjonctival. (*Ibid.*) — Pes. Etiologie et traitement des conjonctivites pseudomembraneuses. (*Ibid.*) — Baquis. Larves de diptère dans la conjonctive. (*Ann. di ottalm.*, XXIV, p. 329.) — Bardelli. Des conjonctivites par streptocoques. (*Ibid.*, p. 337.) — Weeks. L'état de nos connaissances sur l'étiologie de la conjonctivite aiguë contagieuse. (*N.-York eye and ear inf. rep.*, III, 1.) — Terson. Variétés, nature et traitement des conjonctivites phlycténulaires. (*Ann. de méd.*, 13 sept.) — Bekess. Un cas de diphtérie de la conjonctivite. (*Wiener med Woch.*, 7 sept.) — Derby. Pseudomembrane de la conjonctivite. (*N.-York eye and ear inf. rep.*, III, 1.) — Orlando Pes. Etiologie et traitement de quelques conjonctivites pseudo-membraneuses. (*Giorn. Accad. medic. Torino*, juill.-août.) — Tchemolosow. Sur la dégénérescence hyaline de la conjonctive. (*Vratch*, 12 oct.) — Evetzki. Sclérome de la conjonctive palpébrale. (*Vratch*, 10 août.) — Peters. Traitement mécanique de quelques affections de la conjonctive. (*Ther. Monats.*, sept.) — J.-J. Efimoff. Traitement du trachome par le massage. (*Vratch*, 17 août.) — Prokopenko. Traitement des formes chroniques du trachome. (*Vratch*, 21 sept.) — Basevi. Traitement chirurgical du trachome. (*Soc. ital. di ottalm.*, août.) — Goretti. Conjonctivite diphtérique. (*Ibid.*)

Coqueluche. — Leonhardi. De la coqueluche. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XL, 4., — Test. Traitement rationnel de la coqueluche. (*Journ. Americ. med. Ass.*) 17 août.) — Cavalieri. Vaccination dans la coqueluche. (*Gaz. d'Osp.*, 1er juin.) — Fimiani. La vaccination dans la coqueluche. (*Pediatria*, mai.)

Cornée. — Critchett. Cornée conique, son évolution chirurgicale. (*Practitioner*, nov.) — Bajardi. Variations dans la courbure des méridiens de la cornée consécutive à l'évacuation de l'humeur aqueuse. (*Giorn. Accad. di medic. Torino*, juin, p. 251.) — Darier. Forme de kératite à rechutes d'origine goutteuse guérie par la colchicine. (*Cliniq. opht.*, fév.) — Phillips. Causes et traitement des ulcères de la cornée. (*Med. Record*, 24 août.) — Baerri. De la kératite parenchymateuse expérimentale. (*Thèse de Bâle.*) Baquis. Dégénérescence, amyloïde de la cornée. (*Soc. ital. di ottalm.*, août, et *Ann. di ottalm.*, XXIV, p. 307.) — Vossius. Du staphylome de la cornée et de la sclérotique. (*Augenäarztl. Unterricht.*, 8.) — Santarnecchi. Le curetage hydraulique de la cornée. (*Ann. d'ocul.*, sept.)

Corps étrangers. — Chauveau. Pièce de monnaie dans le larynx. (*Journ. des Pratic.*, 21 sept.) — Mayo. Extirpation par la trachéotomie d'un tube de tubage tombé dans la bronche gauche. (*Med. Record*, 2 nov.) — Morgan. Corps étranger logé depuis 46 jours dans la bronche gauche, opération, guérison. (*Lancet*, 28 sept.) — Ovio. Pénétration de plomb de chasse dans l'œil. (*Soc. ital. di Ottalm.*, août.) — Moauro. Examen d'yeux contenant des corps étrangers. (*Ibid.*) — Mermod. Extraction de l'oreille d'un bout de seringue en caoutchouc, logé dans le promontoire, sur la paroi caroti-

dienne. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 juin et *Rev. int. de Rhin*, V, 16.) — Armitage. Gros insecte retiré de l'oreille. (*Lancet*, 12 oct.) — Renaud. 2 cas de corps étrangers du nez. (*Rev. de laryng.*, 15 oct.) — Grimm. Corps étrangers du nez. (*Thèse de Berlin.*) — Brunschwig. Corps étrangers du sinus maxillaire gauche. (*Ann. mal. de l'or.*, août.) — Broussole. Trois observations de corps étrangers du tube digestif. (*Bourgogne méd.*, juin.) — Bert. Cancer du rectum inopérable, rétention d'urine par obstruction de l'urètre, noyau de cerise. (*Lyon méd.*, 15 sept.) — B. Seugensse. Epingle à cheveux dans la vessie d'une jeune fille. (*Ann. policl., Bordeaux*, 1er sept.) — Cubasch. Extraction par version d'une épingle à cheveux de la vessie d'une femme. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 avril.) — E. Haffter. Extraction d'une épingle à cheveux de la vessie d'une idiote. (*Idem*, p. 237.)

Cou. — Tissot. Plaie grave de la région sus-hyoïdienne latérale gauche. (*Dauphiné méd.*, sept.) — Schnitzler. Symptomatologie des côtes cervicales. (*Cent. f. Chir.*, 14 sept.)

Crâne. — Gurrieri et Masetti. Influence du sexe et de l'âge sur le poids du crâne et du maxillaire. (*Riv. sper. di freniat.*, XXI, 2 et 3.) — Randall. La forme du crâne peut-elle indiquer la topographie du temporal? 500 examens. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XXVII, 1.) — Slade. Attache anormale de l'atlas avec la base du crâne. (*Boston med. journ.*, 18 juill.) — Ruotte. Quelques cas de traumatismes crâniens. (*Arch. prov. de chir.*, IV, 9.) — Mussat. Fracture du crâne par coup de pied de cheval, trépanation, guérison. (*Arch. de méd. mil.*, oct.) — Braquehaye et Chipault. Etudes graphiques sur les fractures indirectes de la base du crâne. (*Arch. de méd.*, sept.) — Meisenbach. Technique de la crâniectomie. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 31 août.) — Smith. Résultats de deux cas de crâniectomie. (*Brit. med. j.*, 21 sept.) — Spanbock. Crâniectomie pour imbécilité. (*Neurol. Cent.*, 15 sept.) — V. Eiselsberg. Traitement des lésions avec perte de substance osseuse du crâne. (*Arch. f. klin. Chir.*, L, 4.) — A. Fraenkel. Hétéroplastie dans les pertes de substances du crâne (plaque de celluloïde). (*Berlin. klin. Woch.*, nº 18, p. 403, 6 mai.) — Putnam. Hyperostose du crâne, ophalomégalie. (*Journ. of nerv. dis.*, août.) — Neufeld. Des tumeurs congénitales du crâne. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIII, 3.)

Criminel. — Debierre. Le crâne des criminels. (In-8, 470 p., *Paris.*) — Kollmann. Lombroso et l'anatomie des criminels. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 fév.) — Marty. Recherches sur l'archéologie criminelle dans l'Yonne. (In-8, 36 p., *Paris.*) — Corre et Aubry. Documents de criminologie rétrospective, xviie et xviiie siècles. (In-8, 581 p., *Paris.*) — N.-S. Lobas. Criminels aliénés. (*Vratch*, 14 sept.) — Flint. Le rôle du médecin dans le traitement scientifique du crime et des criminels. (*N.-York med. j*, 19 oct.)

Cristallin. — Darier. De la possibilité de voir son propre cristallin. Utilité de la phakoscopie pour le diagnostic des fines opacités cristalliniennes et du développement de la cataracte. (*Ann. d'ocul.*, sept.) — G. Sous. Ectopie du cristallin. (*Journ. med. Bordeaux*, 13 oct.) — Lindner. Ectopie lenticulaire et pupillaire; extraction des deux cristallins disloqués; guérison. (*Wiener med. Woch.*, 7 sept.) — Bæuerlein. Mes observations sur la cataracte, opérations faites en 25 ans. (145 p. *Wiesbade*, 1894.) — Zenker. Mille opérations de cataracte. (158 p., *Wiesbade.*) — Story. Remarques sur cent interventions consécutives pour cataractes séniles simples ou compliquées. (*Dublin journ.*, juill.) — Bottman. Extraction d'une cataracte

simple; quelques réflexions sur le prolapsus de l'iris. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 7 sept.) — Gradenigo. Sur l'extraction capsulo-lenticulaire du cristallin. (*Soc. ital. di ottalm.*, août.) — Derby. Cas de cataractes opérées sur des malades de 80 à 90 ans. (*Boston med. j.*, 26 sept.) — Vitali. Traitement des cataractes incomplètes. (*Soc. ital. di ottalm.*, août.) — Lagrange. De la pupille artificielle dans le traitement des cataractes congénitales. (*Bull. méd.*, 22 sept.) — Bajardi. Une nouvelle méthode d'extraction de la cataracte à lambeau supérieur comme iridotomie périphérique. (*Giorn Accad. med. Torino*, juin, p. 243.) — Manolescu. Périostite et iritis après l'extraction combinée de la cataracte sénile. (*Clin. opht.*, mars.) — De Spéville. Complication rare après l'extraction du cristallin. (*Ann. d'ocul.*, sept.)

D

Démographie. — Chiais. Les variations de la mortalité à Paris, leur cause météorologique. (*Broch. Menton.*) — Arbo. Observations sur la taille de la population masculine en Norwège, de 22 à 23 ans. (*Norsk Magazin*, juil.) Mc Klveen. La dépopulation dans les nations civilisées. (*Journ. Americ med. Ass.*, 28 sept.) — Bollo. Annuaire démographique de la République de l'Uruguay, pour l'année 1894. (*Montevideo*).

Dent. — Benedikt. Sur l'implantation des dents chez l'homme. (*Wiener med Woch.*, 31 août.) — Maudet. Des déviations et des accidents d'évolution tardive de la dent de sagesse. (*Thèse de Paris.*) — Kovacs. Influence de la grossesse sur les dents. (*Pester med. chir. Presse*, 19 mai.) — Touchard. La maladie de Fauchard et son traitement. (*Gaz. des hôp.*, 19 oct.) — Nœgeli-Akerblom. Dents et eaux dentifrices. (*Therap. Mon.*, oct.)

Désinfection. — Calmettes. Des désinfectants au point de vue microbio-chimique (*Bull. méd.*, 8 sept.) — Delépine. L'izal comme désinfectant et antiseptique. (*Med. Chron.*, sept.) — Zirmounski. Action désinfectante de l'iodoforme. (*Vratch*, 13 juil.) — Ahlfeld. De la désinfection des mains. (*Monats. f. Geburts.*, I, 3.) — Paten. De la désinfection des mains. (*Ibid.*, II, 2).

Diabète. — Von Noorden. Du diabète et de son traitement. (*Berlin*, 212 p.) — Lenné. Pathogénie et traitement du diabète. (*Berl. klin. Woch.*, mars.) — Lépine. Sur l'existence de la glycosurie phloridzique chez les chiens ayant subi la section de la moelle. (*Acad. des sc.*, 23 sept.) — Lépine. Sur l'hyperglycémie et la glycosurie consécutives à l'ablation du pancréas (*Ibid.*, 7 oct.) — Von Jacksch. De la glycosurie alimentaire dans les névroses fonctionnelles, l'intoxication phosphorée et l'atrophie hépatique. (*Prager med. Woch.*, 27.) — Thayer. L'aspect névro-chimique du diabète. (*Med. Record*, 17 août.) — Kauffmann. Influence de la suppression totale ou partielle de la circulation dans le foie, sur la glycémie chez les animaux normaux et diabétiques. (*Soc. de biol.*, 19 oct.) — Winter. La valeur du chlorhydrate de phénylhydrazine dans le diagnostic du diabète sucré. (*Med. Record*, 28 sept.) — Setti. Un cas de diabète sucré intermittent, recherches urologiques. (*Gaz. degli Osped.*, n° 103.) — Marinesco. Syndrome de

Weber chez un diabétique avec réapparition du réflexe rotulien du côté paralysé. (*Soc. de biol.*, 26 oct.) — Michel Kohos. Du coma diabétique (*Tribune méd.*, 25 sept.). — Vanni et Buzzagli. Deux cas de diabète traités par les injections d'extrait glycérique et l'usage interne de pancréas frais. (*Morgagni*, juil.)

Digestion. — Dastre et Floresco. Digestion saline de la gélatine. (*Arch. de phys.*, VII, 4, et *Soc. de biol.*, 26 oct.) — Carrion et Cautru. De la digestion des boissons. (*Prog. méd.*, 7 sept.).

Diphtérie. — Weaver. Le diagnostic bactériologique de la diphtérie, la nécessité de son emploi général, technique. (*Medic.*, sept.) — W. Hesse. Diagnostic bactériologique de la diphtérie. (*Zeit. f. Hyg. und Infect.*, XVIII.) — Fuerst. Du diagnostic précoce, clinique et bactériologique des angines dipthériques suspectes. (*Berl. klinik.*, 81.) — Crouch. Recherche du bacille diphtérique au moyen de sa réaction pour diverses couleurs. (*N.-York med. j.*, 5 oct.) — Shuttleworth. Bactériologie de la diphtérie. (*Lancet*, 14 sept.) — D. Hansemann. Sur les rapports du bacille de Löffler avec la diphtérie. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXXIX, 2.) — Spronck. Sur les conditions dont dépend la production du poison dans les cultures diphtériques, moyen simple de préparer une toxine très active. (*Ann. Inst. Pasteur*, IX, 10.) — Arey. La toxicité urinaire chez les diphtériques. (*Med. News*, 21 sept.) — Courmont, Doyon et Paviot. Des lésions hépatiques expérimentales engendrées par la toxine diphtérique. (*Arch. de phys.*, VII, 4.) — Wright et Semple. Emploi de l'antitoxine diphtérique comme milieu de culture pour le bacille diphtérique. (*Brit. med. j.*, 12 oct.) — Goodale. La préparation de l'antitoxine diphtéritique. (*Boston med. Journ.*, 5 sept.) — Vissman. L'action de l'antitoxine diphtéritique sur les reins. (*Med. Rec.*, 14 sept.) — Démétriadès. Action de l'eau sur le bacille diphtéritique. (*Arch. de méd. exp.*, VII, 5). — Pernice et Scagliosi. Recherches histologiques sur le système nerveux dans l'infection diphtérique. (*Pisani*, mai.) — Busquet. La diphtérie dans l'armée. (*Arch. de médec. milit.*, oct.) — G. Mölling. La mortalité par diphtérie, à Kiel, depuis 1881. (*Thèse de Kiel.*) — Richet. La mortalité par la rougeole et par la diphtérie. (*Rev. scientif.*, 7 sept.) — Bezançon. De la rate dans la diphtérie. (*Rev. mal. de l'enf.*, sept.) — Goodall. De la paralysie diphtérique. (*Brain*, 70.) — Variot. Le diagnostic du croup. (*Journ. de clin. inf.*, 24 oct.) — Bumm. De la diphtérie et de la fièvre des accouchées. (*Zeit. f. Geburt.*, XXXIII, 1.) — Neudörfer. Pathogénie et thérapeutique de la diphtérie. (*Wiener med. Woch.*, 25 mai.) — Décret allemand du 31 décembre 1894, réservant la vente du sérum antidipthéritique aux pharmaciens. (*Viertelj. f. ger. Med.*, IX, 433.) — Arrêté ministériel prussien du 26 février 1895, concernant le contrôle de l'État (Institut pour les maladies infectieuses de Berlin) sur les flacons de sérum antidiphtéritique. (*Berl. klin. Woch.* 18 mars.) — V. de Meis et C. Parascandolo. Première série de recherches sur l'immunisation des chiens contre les toxines diphtériques et sur le pouvoir curateur du sérum sanguin de ces animaux. (*Riforma med.*, 17 et 18 juin, p. 771 et 782.) — Arloing. Sérumthérapie et diphtérie. (In-8, 35 p., *Lyon.*) — O. Malin. Sur le pouvoir antitoxique du sérum antidiphtérique. (*Norzk. Magazin*, août.) — D'Astros et Engelhard. La sérothérapie de la diphtérie. (*Marseille méd.*, 15 sept.) — Moizard. La sérumthérapie de la diphtérie. (*Journ. des Prat.*, 96, p. 81.) — Lancial. Du nouveau traitement de la diphtérie par le sérum de Roux, observation de diphtérie laryngée avec pneumonie guérie par la trachéotomie. (*Broch.*, *Bapaume.*) — P. Guizzetti. Sept mois de traitement de la diphtérie par le sérum de Behring. (*Riforma med.*, 2 juill.) — Horo-

witz. Traitement de la diphtérie par le sérum de Behring à la clinique de Bonn. (*Thèse de Bonn.*) — Filatow, Kouskow et Niewiegine. La première centaine des cas traités par le sérum à la clinique des maladies des enfants, à Moscou. (*Mediz. Obozr.*, juill.) — Valette. La sérothérapie de la diphtérie à la clinique de Genève, d'octobre 1894 à juin 1895. (In-8°, *Genève.*) — Aubineau. Application de la sérothérapie dans le traitement de la diphtérie conjonctivale. (*Thèse de Paris.*) — Torriani. 22 cas de diphtérie traités par le sérum. (*Corr. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 avril.) — J. Gaudard. Contribution à la sérothérapie de la diphtérie. (*Ibid.*, 1er juin.) — De Cérenville et Morax. Résultats de la sérothérapie dans la diphtérie pour le canton de Vaud. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XV, n° 5, p. 283.) — Martin. Résultats de la sérothérapie à la maison des enfants malades de Genève. (*Ibid.*, XV, n° 5, p. 295.) — Hunnius. 8 cas d'angine diphtéritique traités par les injections de sérum avec un cas d'érythème morbiliforme et arthralgies consécutif au traitement. (*Berl. klin. Woch.*, 11 mars.) — V. Schaeven. Traitement par l'antitoxine de la diphtérie dans les campagnes. (*Ibid.*) — Haller. Injections de sérum antidiphtéritique suivies de phénomènes graves (érythème polymorphe, pétéchies, polyadénites, coliques, épanchement dans le genou, etc.) (*Ibid.*) — Lissard. Début de croup traité avec succès par le sérum antidiphtéritique. (*Ibid.*) — Heimann. Affection consécutive à l'injection du sérum antidiphtéritique de Behring (érythème exsudatif protéiforme avec prostration et fièvre intense chez une convalescente de rougeole atteinte d'angine diphtéritique.) (*Ibid.*) — Max Wolff. A propos du diagnostic bactériologique de la diphtérie. (*Ibid.*, 18 févr.) — Heidenhain. 24 cas traités exclusivement par le sérum antidiphtéritique. (*Ibid.*, 11 mars.) — Résultat du traitement de la diphtérie par les injections de sérum. (*Ibid.*, 8 avril.) — Crandall. Sérumthérapie de la diphtérie. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 27 juil.) — Mc Clintock. Sérumthérapie de la diphtérie. (*Ibid.*, 31 août.) — Waxham. La diphtérie est-elle domptée par la découverte de l'antitoxine ? (*Ibid.*, 10 août.) — Welch. Le traitement de la diphtérie par l'antitoxine. (*Bull. Johns Hopkins hosp.*, juil.) — Councilman. Pathologie de la diphtérie. (*Bost. med. Journ.*, 5 sept.) Park. De l'usage clinique de l'antitoxine diphtéritique. (*Ibid.*, 12 sept.) — Ernst. Etiologie de la diphtérie ; de l'usage de l'antitoxine. (*Ibid.*, 5 sept.) — Phelps. Deux cas de diphtérie traités avec succès par l'antitoxine fournie par l'Institut d'hygiène du Massachusets. (*Ibid.*, 22 août.) — Sears. L'antitoxine dans la diphtérie. (*Ibid.*, 12 sept.) — Withington. L'antitoxine dans la diphtérie. (*Ibid.*, 12 sept.) — Robie. Sérumthérapie de la diphtérie. (*Ibid.*, 5 sept.) — Briouzguine. Toxicité du sérum antidiphtérique pour les oiseaux et les mammifères. (*Vratch*, 14 sept.) — Artault de Vevey. Deux coqs diphtéritiques traités par le sérum de Roux. (*Soc. de biol.*, 26 oct.) — Variot. Le traitement local de la diphtérie et la sérumthérapie. (*Journ. de clin. infant.*, 10 oct.) — Variot. Quelques réflexions sur les statistiques de la diphtérie traitée par la sérumthérapie. (*Ibid.*, 8 avril.) — Variot. Le croup diphtéritique non membraneux. (*Ibid.*, 31 oct.) — Moussous. De la réalité des accidents de la sérothérapie appliquée au traitement de la diphtérie. (*Rev. mal. de l'enf.*, oct.) — Broca. Diphtérie traitée par la sérumthérapie. Arthrite suppurée du coude. Arthrotomie, guérison. (*Ibid.*, janv.) — Committon. Angine pseudo-membraneuse traitée par le sérum antitoxique de Roux. Albuminurie, urémie, arthropathies. (*Ibid.*, janv.) — Noir. Injection de sérum antidiphtéritique pour une angine au début de la scarlatine. (*Prog. méd.*, 7 sept.) — Carron de la Carrière. Angine diphtéritique guérie par le sérum. Accidents consécutifs dus au streptocoque. (*Journ. des Prat.*, 8, p. 119.) — Leriche. Phénomènes consécutifs à l'emploi du sérum antidiphtéritique. (*Prog. méd.*, 10 août.) — Zacchi. Angine

diphtérique avec graves phénomènes croupaux. Guérison avec 3 injections de sérum de Behring. (*Lo Sperim. sez. clin.*, 12, p. 231.) — GIARRÉ. Second compte rendu statistique des cas de diphtérie traités par la sérothérapie. (*Ibid.*, 22, p. 226.) — HECKER. La mortalité diphtéritique dans les grandes villes d'Allemagne et à Vienne, de 1883 à 1893. (*Münch. med. Woch.*, 18, p. 418.) — Du traitement de la diphtérie par le sérum de Behring (*Ibid.*, 9, p. 447.) — SIMON. Sur un cas de sténose laryngée diphtéritique traité par le sérum de Behring. (*Ibid.*, 9, p. 194.) — Bibliographie de la sérothérapie dans la diphtérie. (*Jahrb. f. Kind.*, XLI, 1.) — J. MATIGNON. Un traitement chinois de la diphtérie. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 août, p. 157.) — KÖNIG. Diagnostic et traitement de la diphtérie et de l'angine scarlatineuse diphtéritique. (*Wiener med. Woch.*, 28 sept.) — VAN NES. Le tubage dans la diphtérie. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLII, 1.) — STRAHLER. Traitement de la diphtérie par le sesquichlorure de fer. (*Ther. Mon.*, sept.).

E

Eau. — COREIL. L'eau potable. (In-8°, 359 p., *Paris*, 1896.) — REYNÈS. Les eaux de Marseille, eaux du canal et eaux de puits. (*Marseille méd.*, 1er nov.) — VAN ERMENGEM. De la stérilisation des eaux par l'ozone. (*Ann. Inst. Pasteur*, IX, 9.) — F. ABBA. Sur la présence du colibacille dans les eaux potables et sur un moyen de la mettre en évidence. (*Giorn. Accad. di med. Torino*, p. 388, juill.-août.) — SMITH. Du bacille coli, ses formes, examen bactériologique des eaux. (*Americ. j. of med. sc.*, sept.) — BOUCHARD. Présence de l'argon et de l'hélium dans certaines eaux minérales. (*Acad. des sc.*, 2 sept.)

Eaux minérales. — INGRIA. Etude bactériologique de l'eau de seltz. (*Morgagni*, sept.) — PARMENTIER. Sur un groupe d'eaux renfermant de l'ammoniaque, eaux bitumineuses. (*Acad. des sc.*, 4 nov.) — MORRIS. L'action thérapeutique des eaux chaudes sulfo-salines, remarques sur les eaux de Glenwood. (*N.-York med. j.*, 28 sept.) — BALLY. Les nouvelles recherches chimiques et physiques sur les termes de Ragatz-Pfäfers. (*Berlin. klin. Woch.*, 8 avril.)

Eclampsie. — HARRISON. L'éclampsie puerpérale. (*Americ. j. obst.*, sept.) — JAGODINSKI. Lésions anatomiques du cerveau dans l'éclampsie puerpérale. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — MASSIN. Les produits intermédiaires des échanges nutritifs comme cause de l'éclampsie. (*Cent. f. Gynaek.*, 19 oct.) — CASSAET. Lésions du fœtus dans l'éclampsie. (*Bull. méd.*, 6 oct.) — ROBERT. Eclampsie et accouchement forcé. (*Ibid.*, 6 oct.) — Alex. FAVRE et G. PFYFFER. Eclampsie gravidique par compression d'un uretère due à une péritonite chronique. (*Corr.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er mai.)

Ecriture. — JAVAL. L'écriture droite. (*Bull. Acad. méd.*, 27 août.) — WEBER. Etude sur l'interprétation de l'écriture en miroir et de l'écriture penchée (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVII, 3 et 4.)

Eczéma. — HALLOPEAU. Des affections dites eczémas séborréiques. (*Semaine

méd., 4 sept.) — Nikolski. De l'eczéma chronique avec plaques d'anesthésie cutanée. (*Med. Obozren.*, 13, 1894.) — Stoukovenkoff. Du rapport de l'eczéma chronique avec l'anesthésie de la peau. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, mai-juin.) — Tenneson. Des eczémas compliqués, composés ; des faux eczémas. (*Bull. méd.*, 11 sept.) — Elliot. De l'alopécie prématurée, sa cause la plus fréquente, l'eczéma séborréique. (*N.-York med. j.*,) 26 oct.) — Merrill. Etude bactériologique de l'eczéma séborréique. (*Ibid.*)

Electricité. — Giltay. Electrodynamomètre pour la mesure des courants faradiques à l'usage des médecins et des physiologistes. (*Arch. d'élect. méd.*, 15 sept.) — Bordier. Recherches expérimentales sur l'effluve statique. (*Ibid.*, oct.) — Castex. Topographie des points moteurs. (*Ibid.*) — Gilles. Traitement électrique des rétrécissements de l'urètre. (*Ibid.*) — Bordier. Du rôle de la résistance des électrodes dans les effets sensitifs du courant. (*Ibid.*, 15 sept.) — Gibbons. Méthode pour ressusciter quelqu'un ayant reçu un choc électrique. (*Ibid.*, 15 sept.) — Mally. Technique de l'exploration électrique. (*Progrès méd.*, 24 août.) — Carlos de Oliveira Néry. Sur les brûlures causées par l'électricité industrielle. (*Thèse de Paris.*) — B. Lewy. Sur les cristaux qu'on produit en appliquant l'électrolyse aux tissus morts. (*Archiv. f. pathol. Anat.*, CXL, 1.) — Giovannini. Sur les altérations histologiques de la dépilation électrolytique. (*Giorn. Accad. di med. Torino*, p. 267, juin.) — Zeisler. Valeur et limites de l'utilité de l'électrolyse en dermatologie. (*Americ. derm. Ass.*, 17 sept.) — Pansier. Traitement des leucomes par l'électricité. (*Arch. d'élect. méd.*, 15 sept.) — Smith. De l'état actuel du traitement des fibromes par l'électricité (*Journ. Americ. med. Ass.*, 10 août.) — Sanders. Résultats de 4 cas de salpingo-oophorectomie par l'électricité. (*Americ. j. of obst.*, oct.)

Eléphantiasis. — Follet. Pathogénie de quelques états éléphantiasiques. (*Thèse de Paris.*) — Sarra. Observations d'éléphantiasis congénital. (*Pediatria*, mai.) — Moncorvo. Sur la pathogénie de l'éléphantiasis congénital, à propos d'un nouveau cas de cette nature. (*Journ. de clin. inf.*, 22 avril.)

Embryologie. — Giacomini. Anomalies de développement de l'embryon humain. (*Arch. ital. de biol.*, XXIV, 1.) — Verson et Bisson. Développement post-embryonnaire des organes sexuels accessoires chez le mâle du B. Mori. (*Ibid.*, XXIV, 1.) — Féré. Sur les effets différents sur l'évolution de l'embryon de poulet d'une même substance, suivant les doses. (*Soc. de biol.*, 26 oct.) — Féré. Sur l'influence de l'exposition préalable des œufs aux vapeurs de phosphore sur l'évolution de l'embryon. (*Ibid.*)

Empoisonnement. — Féré. Nouveau fait pour servir à l'histoire de l'influence des chocs sur les intoxications. (*Soc. de biol.*, 19 oct.) — Mattyson. Morphinisme chez les vieillards. (*N. York Acad. of med.*, 15 oct.) — Vale. Intoxications surajoutées à la morphinomanie, leur traitement. (*Thèse de Paris.*) — Sharp. Effets du permanganate de potasse dans l'empoisonnement par l'opium. (*Therap. Gaz.*, 15 oct.) — Moor. Permanganate de potasse dans l'empoisonnement par l'opium. (*Med. Record*, 28 oct.) — Marsh. Les dangers de la cocaïne. (*Brit. med. j.*, 28 sept.) — Pacaud. Empoisonnement par la cocaïne chez un enfant de 9 mois. (*Journ. des Praticiens*, 12 oct.) — Garland. Empoisonnement mortel par la cocaïne. (*Lancet*, 2 nov.) — Johnston. Cas mortel d'empoisonnement par la cocaïne. (*Brit. med. j.*,

9 nov.) — Belin. Empoisonnement par la nicotine. (*Bourgogne méd.*, juin. — Mould. Empoisonnement par la belladone. (*Lancet*, 28 sept.) — Divet Empoisonnement par la santonine. (*Gaz. des hôp.*, 19 sept.) — Ferré et Busquet. Des flèches empoisonnées du Soudan français, étude chimique et physiologique. (*Arch. de phys.*, VII, 4.) — Rachford. Traitement de l'intoxication par les leucomaïnes. (*Med. News*, 7 sept.) — Benedikt. Deux cas d'empoisonnement par les poisons animaux. (*Therap. Mon.*, oct.) — Mitchell et Wesener. 2 cas mortels d'empoisonnement par le saucisson. (*Medicine*, sept.) — Blondeau. Accidents graves dus à une piqûre de frelon. (*Journ. de méd. prat.*, 10 nov.) — Gilles de la Tourette et Gasne. Sur l'intoxication chronique par le café. (*Soc. méd. des hôp.*, 12 juill.) — Bevill. Empoisonnement par le pétrole. (*Therap. Gaz.*, 16 sept.) — Wyss. Un cas d'intoxication par le sulfonal. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 mai.) — Haberda. Empoisonnement par le lysol. (*Wiener klin. Woch.*, 18 avril.)— Bruck. Intoxication par le bromure de potassium. (*Deut. med. Woch.*, 7 nov.) — Tauber. Action des sulfates et sulfites et des combinaisons sulfatées dans l'empoisonnement par le phénol. (*Arch. f. exp. Path.*, XXXVI, 3.) — Caton. Empoisonnement par l'acide phénique, guérison. (*Lancet*, 28 sept.) — Oliver. Empoisonnement par l'acide oxalique. (*Brit. med. j.*, 14 sept.) — Craig. Empoisonnement par le camphre. (*Ibid.*) — Allgeyer et Sprecher. Intoxication mercurielle avec érythème scarlatiniforme à la suite d'injections de sublimé à hautes doses. (*Deut. med. Woch.*, 19 sept.)

Enfant. — Reusing. Physiologie du nouveau-né. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXIII, 1.) — Olivier. Carnet de poids du nouveau-né. (20 p., *Paris.*) — Nogué. Précis de posologie infantile. (In-8°, 348 p., *Paris.*) — Charrin et Nobécourt. Influence des maladies de la mère sur le développement de l'enfant. (*Soc. de biol.*, 26 oct.) — John Lemoine. Les misères de la jeunesse. (Broch., *Paris.*) — Ulrich. L'éducation physique de l'enfance et de la jeunesse comme prophylaxie des maladies. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 7 sept.) — Steffen. De la nutrition des nourrissons. (*Jahrb. f. Kind.*, XL, 4.) — Lop. De l'alimentation prématurée ou artificielle des nourrissons. (*Arch. de tocol.*, sept.) — Neumann. Les modes d'alimentation et les maladies infectieuses chez les enfants. (*Rev. mal. de l'enf.*, oct.) — Damourette. Affections des nourrissons consécutives à la galactophorite de la nourrice. (*Ibid.*, janv.) — Mme Matwiejeff. Développement physique des enfants des écoles de Saint-Pétersbourg. (*Vratch*, 17 août.) — Randall. La valeur hygiénique et scientifique de l'examen des yeux et des oreilles dans les écoles d'enfants. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 7 sept.) — Chaumier. Le danger des crèches. (*Bull. méd.*, 15 sept.) — N. Th. Filatow. Leçons sur les maladies infectieuses chez les enfants. (3e édit., *Moscou.*) — Barton. Erosion des dents chez les enfants. (*Brit. med. j.*, 21 sept.) — Hirschprung. La maladie de Möller, rachitisme aigu, scorbut infantile, etc. (*Jahrb. f. Kind.*, XLI, 1.) — Bézy et Iversène. Tois cas de stomatite à fausse membrane chez le nourrisson. (*Rev. mal. de l'enf.*, juin.) — Sachs. Traité des maladies nerveuses de l'enfant. (In-8°, *Londres.*) — Roesch. Sur le méningisme chez les enfants. (*Thèse de Paris.*) — Rachford. Quelques facteurs physiologiques des névroses de l'enfant. (*Cincinnati.*) — Baumel. Un cas de tremblement chez l'enfant. (*Bull. méd.*, 15 sept.) — Marfan. Rigidité spasmodique congénitale ou maladie de Little. (*France méd.*, 13 sept.) — Martinez Vagas. De l'hypothermie pour le diagnostic de la tuberculose chez l'enfant. (*Bull. méd.*, 22 sept.) — Ferreira. Quelques particularités des broncho-pneumonies grippales chez les enfants. (*Rev. mal. de l'enf.*, mars.) — Thomas. Gangrène pulmonaire chez un enfant. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XV, p. 97.)

— J. Simon. Diagnostic et traitement des adénopathies trachéo-bronchiques dans l'enfance. (*Journ. des Praticiens*, 21 sept.) — Fisher. Hématémèse chez un enfant de 2 ans. (*Med. News*, 28 sept.) — Baumel. Ictère bronzé hémaphéique du nouveau-né. (*Bull. méd.*, 22 sept.) — Berti. Dilatation congénitale du côlon. (*Pediatria*, mai.) — Cnopf. Cas de diabète sucré chez un enfant de 2 ans et demi. (*Münch. med. Woch.*, 18, p. 424.) — Bitot. Leucocythémie splénique chez un enfant de 9 mois. (*Bull. méd.*, 22 sept.) — G. Le Mercier. Fièvre typhoïde chez un enfant de 14 mois (*Normandie méd.*, 15 sept.) — Noyes. La typhoïde dans l'enfance. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 28 sept.) — Woodbridge. La typhoïde dans l'enfance. (*Ibid.*, 28 sept.) — Comby. Doses maxima de quelques médicaments actifs chez les enfants. (*Méd. moderne*, 21 sept.) — Le Damany. De la réfrigération dans les maladies infectieuses chez les enfants. (*Presse méd.*, 7 sept.) — Edelheit. Du traitement par le calomel dans la tuberculose infantile commençante. (*Wiener klinik.*, 10.) — Moncorvo. Du trional chez les enfants. (*Bull. Acad. de méd.*, 4, sept.) — Albert Manson. Extirpation des adénites tuberculeuses chez l'enfant. (*Rev. mal. de l'enf.*, juin.) — Bézy. Causes d'erreurs dans le diagnostic de certaines maladies du membre inférieur chez l'enfant. (*Bull. méd.*, 28 août.) — Haley. Fracture de la clavicule, suivie de nécrose, chez un enfant de 3 mois. (*Therap. Gaz.*, 15 oct.) — Traitement des hernies chez l'enfant. Discussion à la Brit. Ass. (*Brit. med. j.*, 21 sept.) — Mirinescu et Robulesco. Sur un cas d'étranglement interne chez une fillette de 4 ans, par le diverticulum de Meckel. Perforation intestinale et péritonéale consécutive. (*Rev. mal. de l'enf.*, janv.) — Eve. Laparotomie pour invagination chez l'enfant ; 3 cas. (*Brit. med. j.*, 19 oct.) — Julien Wolff. Résultats d'une uranoplastie chez un enfant six ans après l'opération. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 mai.) — Ruotte. Deux cas de taille chez les enfants. (*Arch. prov. de chir.*, IV, 10.) — Marx. Salpingo-ovarites à la suite de vulvo-vaginite chez les enfants, traitement prophylactique. (*Arch. de tocol.*, oct.) — D'Arcy Power. Sarcome primitif du vagin chez une enfant. (*London path. Soc.*, 15 oct.) — Lockwood. Hernie de l'ovaire chez une enfant, avec torsion du pédicule. (*Brit. med. j.*, 21 sept.)

Epilepsie. — Gowers. Rapports de l'épilepsie et de l'aliénation. (*Brit. med. j.*, 28 sept.) — Seppilli. Myoclonie familiale associée à l'épilepsie. (*Riv. sper. di freniat.*, XXI, 2 et 3.) — Jolly. De l'épilepsie traumatique. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 mai.) — Feige. Troubles mentaux des épileptiques. (*Viertelj. f. gericht. Med.*, IX, 309 et X, 51.) — Cénas. Sur la trépidation épileptoïde de la rotule. (*Loire méd.*, 15 sept.) — Lui. Quelques traitements récents de l'épilepsie. (*Riv. sper. di freniat.*, XXI, 2 et 3.) — Guicciardi. Le liquide de Bechterew contre l'accès épileptique. (*Ibid.*) — Ziegler. Cas d'épilepsie secondaire à une fracture du crâne, guéri par intervention chirurgicale. (*Münch. med. Woch.*, 16, p. 373.) — Gilles de la Tourette. Diagnostic et traitement de l'épilepsie. (*Semaine méd.*, 16 oct.) — A. Eulenburg. Du traitement chirurgical de l'épilepsie. (*Berlin. klin. Woch.*, 15 et 22 avril.)

Erysipèle. — Bergen. Erysipèle généralisé d'origine puerpérale, thrombose poplitée et gangrène. (*Med. News*, 19 oct.) — Scotti. Sur les différences de culture entre le streptocoque de l'érysipèle et le streptocoque pyogène. (*Riv. clin. e terap.*, p. 393, août.) — A. Zeller et J. Arnold. Un cas d'abcès multiples, pseudo-mélaniques de la peau à la suite d'érysipèle. (*Arch. f. path. Anat.*, CXXXIX, 2.)

Erythème. Rochon. Erythème noueux et tuberculose. (*Méd. moderne*, 9 nov

— PHILIPPSON. Etude de l'érythème noueux. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXX, 3.) — MOLLIÈRE. Erythème facial d'origine nerveuse. (*Lyon méd.*, 1er sept.) — CANTRELL. Ulérythème sycosiforme. (*Americ. derm. Ass.*, 17 sept.) — DUBREUILH. Erythème fixe causé par l'antipyrine. (*Arch. clin. Bordeaux*, août.)

Estomac. — SCHULE. Etudes de la sécrétion et des mouvements de l'estomac normal. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVIII, 5 et 6.) — ROSENHEIM et RICHTER. De la formation d'acide lactique dans l'estomac. (*Ibid.*) — ARKAWIN. Pathologie de l'estomac. (*Ibid.*) — STRAUSS et BIALOCOUR. De la dépendance des fermentations lactiques et de la présence d'HCl dans le suc gastrique. (*Ibid.*, XXVIII, 5 et 6.) — STEWART. Trois cas d'absence persistante de sécrétion du suc gastrique. (*Americ. j. of med. sc.*, nov.) — CHRISTIANI. Un cas de sécrétion chronique, continue, de suc gastrique. (*Therap. Monats.*, sept.) — KOZMINYKH. Influence du bouillon de viande sur les fonctions gastriques chez l'homme sain. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — ANKINDINOFF. Influence de la ligature des uretères sur la sécrétion et la composition du suc gastrique. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — FERRANINO. Quelques rapports entre le chimisme et la motilité de l'estomac vérifiés par l'action de l'atropine. (*Riforma med.*, 28 et 29 mai.) — UNGER. La méthode de Winter pour l'analyse du suc gastrique. (*Berlin. klin. Woch.*, 15 avril.) — K. HIRSCH. Sur un cas d'estomac en forme de sablier. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXL, 3.) — CARVALLO et PACHON. Considérations sur la mort et l'autopsie d'un chat sans estomac. (*Arch. de phys.*, VII, 4.) — Sydney MARTIN. Maladies fonctionnelles et organiques de l'estomac. (*Londres.*) — G. LION. Les signes objectifs des affections stomacales. (*Arch. de méd.*, août.) — DEBOVE. L'anorexie nerveuse. (*Progrès méd.*, 19 oct.) — ULLMANN. De la dilatation de l'estomac. (*Münch. med. Woch.*, 19, p. 443.) — M. D. KHANOUTINA. A propos d'un cas de gastrite phlegmoneuse. (*Vratch*, 10 août.) — F. A. DERBEK. Un cas de gastrite purulente diffuse. (*Ibid.*, 10 août.) — J. S. ARKAVINE. Deux cas de pathologie stomacale. (*Ibid.*, 31 août.) — THOMSON. Hypertrophie congénitale du pylore et de l'estomac. (*Brit. med. j.*, 21 sept.) — W. FISCHER. Deux cas d'épithéliomes latents de l'estomac. (*Wiener med. Woch.*, 24 août.) — CARRIÈRE. Sur un cas de cancer latent de l'estomac. (*Arch. clin. Bordeaux*, août.) — A. ROBIN et LEREDDE. Cancer de l'estomac avec hyperchlorhydrie. (*Bourgogne méd.*, juin.) — ACHARD. Contribution à l'étude des complications infectieuses du cancer gastrique. (*Soc. méd. des hôp.*, 26 juill.) — WEGELE. Du traitement physique et médicamenteux des affections de l'estomac. (2e part., 240 p., *Iéna.*) — LIÉGEOIS. Des amers et des strychniques dans les gastropathies. (*Journ. des Praticiens*, 14 sept.) — BRADBURY. Valeur du bichromate de potasse dans certaines affections de l'estomac. (*Lancet*, 14 sept.) — STRASSER. Traitement hydriatique des maladies de l'estomac. (*Berlin. klin. Woch.*, 8 avril.) — MINTZ. Des résultats fonctionnels des opérations sur l'estomac. (*Wiener klin. Woch.*, 18 avril.) — DOYEN. Traitement chirurgical des affections de l'estomac. (9e *Cong. franç. de chir.*) — MIKULICZ. Etude de 103 opérations sur l'estomac. (*Arch. f. klin. Chir.*, LI, 1.) — SCHRŒTER. Des plaies de l'estomac par armes à feu. (*Ibid.*, LI, 1.) — V. EISELSBERG. Des rétrécissements inopérables du pylore, de la jéjunostomie. (*Ibid.*, L, 4.) — WITTHAUER. De la perforation de l'estomac et des abcès sous-phréniques. (*Therap. Monats.*, oct.) — MAURICE. Deux cas de perforation d'ulcère de l'estomac, laparotomie, une guérison, une mort. (*Lancet*, 19 oct.) — HORROCKS. Perforation d'un ulcère de l'estomac, résection de l'estomac, mort au onzième jour. (*Ibid.*, 12 oct.) — COMTE. Le traitement chirurgical de l'ulcère rond de l'estomac. (*Semaine méd.*, 11 sept.) — WETHERILL. Un

cas de gastrostomie ; rétrécissement de l'œsophage avec perforation dans le poumon. (*Med. News*, 2 nov.) — SCHÖNWERTH. Sur les gastrostomies. (*Münch. med. Woch.*, 19, p. 437.) — W. KÖRTE. 1° Gastrostomie pour corps étranger ; 2° Gastrostomie pour rétrécissement caustique ; 3° Œsophagotomie externe pour dentier ; 4° Médaille du module d'une pièce de 5 marcs extraite le 18e jour de l'œsophage ; 5° pièce de monnaie extraite de l'œsophage d'un enfant de 2 ans et demi au bout de trois semaines, etc. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 mai.) — A. KŒHLER. Deux cas de pyloroplastie pour rétrécissement cicatriciel, l'un datant de 5 ans (Bardeleben), l'autre de 6 mois. (*Ibid.*, 20 mai.) — KRÖNLEIN. Quatre cas de résectiou de l'estomac pour cancer. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 fév.) — QUÉNU. Deux observations de traitement chirurgical de cancer de l'estomac. (*Rev. de chir.*, oct.) — KÖRTE, BORCHARDT et BOAS. Un cas de résection du pylore pour cancer. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 mai.) — PEYROT. Gastro-entérostomie pour épithélioma de l'estomac. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 278.) — W. W. LÉZINE. Sur la gastro-entérostomie. (*Vratch*, 31 août.) — MONOD. Deux observations de gastro-entérostomie pratiquée à l'aide du bouton de Murphy. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 293.)

Exanthème. DOBIE. Forme rare de dermatite consécutive à l'application d'nn liniment iodé. (*Lancet*, 28 sept.) — FIGUEIREDO. Urticaire produite par la santonine. (*Ann. Soc. med. Bahia*, mai.) — MOREIRA. Deux cas analogues. (*Ibid.*) — JACKSON. Eruptions bromiques, 2 cas. (*Americ. derm. Ass.*, 17 sept.) — SHEPHERD. Exanthème purpurique terminé par gangrène, probablement dù au salicylate de soude. (*Ibid.*) — FORDYCE. Eruptions médicamenteuses. (*Ibid.*)

F

Ferment. — DE BACKER, BRUHAT et CHARLIER. Les ferments thérapeutiques. (In-8°, 576 p., *Paris*, 1896.) — NASTUKOFF. Essais sur le pouvoir réducteur des levures pures, moyens de le mesurer. (*Ann. Inst. Pasteur*, IX, 10.) — JÖRGENSEN. Sur l'origine des levures alcooliques. (*Ibid.*)

Fistule. — TUFFIER. Sur les fistules urétéro-vaginales, quatre observations. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 262 et suiv.) — AUVARD. Fistule recto-vaginale opérée pendant le post-partum. (*Arch. de tocol.*, sept.) — SCHWARTZ. Fistule stercorale à la suite d'un grattage de cicatrice fistuleuse de laparotomie. (*Journ. des Praticiens*, 4, p. 51.) — FLAISCHLEN. Autoplastie par lambeaux pour les fistules vésico-vaginales. (*Cent. f. Gynaek.*, 12 oct.) — SUTTON. Fistule cervicale médiane. (*Lancet*, 9 nov.)

Foie. — HANOT et LÉVI. Application de la méthode de Golgi-Cajal à l'étude du foie d'adulte. (*Arch. de méd. exp.*, VII, 5.) — A. HOHENEMSER. Sur la présence de fibres élastiques dans les tissus cirrhotiques du foie et des reins. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXL, 1.) — GLEY et PACHON. Du rôle du foie dans l'action coagulante de la peptone. (*Acad. des sc.*, 26 août.) — HANOT. Rapports de l'intestin et du foie en pathologie. (*Arch. gén. de méd.*, oct.) — GLÉNARD. Etudes sur le foie et l'hépatisme. (In-8°, 120 p., *Paris.*) — BABES et MANICATIDE. Les

proliférations des cellules hépatiques dans les différentes affections du foie. (*Ann. inst. bact. Bucarest*, V, p. 64.) — Babes et Zigura. Etude sur l'entéro-hépatite suppurée endémique. (*Ibid.*, p. 211.) — Strauss. Trois cas d'ictère catarrhal pendant l'usage de la lactophénine. (*Ther. monats.*, sept.) — Vito. Guérison d'un ictère malin. (*Morgagni* sept.) — Pick. Nature et traitement de l'ictère. (*Prager med. Woch.*, n° 29.) — Guinard et Teissier. Foies infectieux par injections veineuses de toxines microbiennes. (*Lyon méd.*, 8 sept.) — Voswinckel. Deux cas d'abcès du foie opérés avec succès. (*Berlin. klin. Woch.*, 419 et 420, 13 mai.) — Sonnenberg. Deux cas d'abcès du foie par calculs opérés avec succès. (*Ibidem*, p. 419.) — U. Monnier. Pyopérihépatique tuberculeuse. (*Gaz. méd. Nantes*, 12 sept.) — Macleod. L'abcès tropical, rarement une affection primitive du foie. (*Lancet*, 26 oct.) Arnaud. Forme spéciale d'hépatite suppurée à abcès multiples. (*Marseille méd.* 1er oct.) — G. Pugliesi. Poche kystique suppurée de la paroi abdominale dans un cas d'hépatite chronique d'origine palustre. (*Riforma med.* 8 mai.) — Wicklein. Abcès chronique du foie causé par un bacille capsulé. (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 14.) — Fontan. Traitement opératoire des abcès du foie. (*Bul. méd.*, 21 août.) — N. P. Kravkov. Etiologie de la cirrhose du foie. (*Vratch*, 12 oct.) — Frohmann. De l'adénome du foie. (*Nauwerck's path. anat. Mittheil.* XVI.) — L. Thérèse. Les adénomes du foie. (*Union méd.*, 24 avril. — A. Testi. Cancer et cirrhose du foie associés. (*Riforma med.*, 10 juin.) — Hermes. Chirurgie du foie et des voies biliaires. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLI, 6.)

Fracture. — Heydenreich. De l'intervention opératoire précoce ou tardive dans les solutions de continuité des os. — Berger. Sur le traitement des fractures non compliquées de plaie par l'intervention opératoire. — Demons. Traitement par la suture de certaines fractures de la clavicule. — Bœckel. De l'intervention opératoire précoce ou tardive dans les fractures fermées. — Lejars. De la ligature des os. — Adenot. Suture osseuse dans les fractures de la rotule et de l'olécrane. — Villar. De l'intervention dans quelques cas de fracture. — Moty. Intervention dans les solutions de continuité des os longs. — Péan. Modes artificiels de consolidation des os. — Jonnesco. Fracture ancienne du col fémoral, ankylose de la hanche, ostéotomie oblique du fémur. Fracture comminutive de la rotule, ablation des fragments, suture. (9e *Cong. franç. de chir.*) — Mc Fadden. Quelques réflexions sur les fractures du bras. (*Trans. Americ. surg. Ass.*, XII.) — Schwertzel. Pseudarthrose de l'humérus avec très bon fonctionnement du membre. (*Münch. med. Woch*, 17, p. 396.) — Wilkinson. Fracture transversale complète de l'humérus par action musculaire. (*Lancet*, 21 sept.) — Breakey. Fracture du bassin. (*Med. News*, 5 oct.) — Elsner. Fractures épyphysaires du fémur. (*Australasian med. Gaz.*, 20 juill.) — Gauchet. Traitement des fractures du col du fémur, principalement au point de vue du massage et de la mobilisation. (*Thèse de Paris.*) — Discussion à l'association britannique sur le diagnostic et le traitement des fractures du col et du tiers supérieur du fémur. (*Brit. med. j.*, 12 oct.) — Desprez. De la déambulation précoce pendant le traitement des fractures de la jambe avec les bandes de gutta percha perfectionnées. (*Gaz. des hôp.*, 28 sept.)

Fulguration. — Key. Mort par fulguration. (*Lancet*, 21 sept.)

Furoncle. — De Crésantignes. De la furonculose, prophylaxie des auto-inoculations. (*France méd.*, 14 juin.)

Gangrène. — Quénu. Gangrène phéniquée, deux cas. (*Bull. Soc. de chir.* XXI, p. 318.)

Génitaux (org.) — P. Fürbringer. Les troubles des fonctions génitales de l'homme. (*Vienne.*) — Timofeew. Terminaisons nerveuses des organes génitaux. (*Anat. Anzeiger*, XI, 2.) — Morris. Deux cas d'induration du tissu érectile du pénis amenant de l'incontinence d'urine. (*Lancet*, 14 sept.) — Hall. Un cas d'opération plastique sur le pénis et le scrotum. (*Med. Record*, 21 sept.) — Wishard. Epithélioma du pénis. (*N. York med. j.*, 31 août, p. 277.) — E. Reliquet et A. Guépin. Traitement de la stagnation et de la rétention des sécrétions dans les glandes de Littré. (*Journ. des Praticiens*, 21 sept.) — Bergh. De l'inflammation des glandes de Bartholin. (*Mon. f. prakt. Dermat.*, XXI, 8.) — Stroganoff. Bactériologie des organes génitaux chez la femme. (*Cent. f. Gynaek.*, 21 sept.) — Pompe de Meerdervoort. Cinq cas de conformation vicieuse des organes génitaux féminins. (*Arch. de tocol.*, oct.) — Després. Chute d'un lieu élevé, fracture du sacrum, déchirure des corps caverneux du clitoris avec plaie vulvaire et hématome suppuré, luxation de quatre métatarsiens, guérison. (*Gaz. hebd. Paris*, 2 nov.) — Homans. Cancer des organes génitaux chez la femme. (*Ann. of surg.*, oct.) — Mc Guire. Cancer des organes génitaux chez l'homme. (*Ibid.*)

Géographie méd. — Eijkman. Régulation physique de la chaleur sur les Malais et les Européens qui habitent les tropiques. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXL, 1.) — Plehn. Sur la pathologie du territoire de Cameron. (*Ibid.*, CXXXIX, 2.) — Chr. Rasch. Sur le climat et les maladies du royaume de Siam. (*Ibid.*, CXL, 2.)

Gigantisme. — E. Jacobson. Un cas rare de gigantisme généralisé et congénital. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXXIX, 1.)

Glaucome. — Zentmayer. Etude de 167 cas de glaucome simple. (*Arch. of Opht.*, XXIV, 3.) — De Spéville. Deux cas de glaucome chez des myopes. (*Clin. opht.*, fév.) — Discussion à l'association britannique sur le traitement du glaucome chronique. (*Brit. med. j.*, 19 oct.) — Sgrosso. Traitement du glaucome par l'incision de l'angle irien. (*Soc. ital. di Ottalm.*, août.) — De Vincentiis. Sur la soi-disant sclérotomie interne. (*Rev. gén. d'opht.*, XIV, 10.) — Rochon-Duvigneaud. Traitement du glaucome par les myotiques. (*Journ. des Praticiens*, 28 sept.)

Goutte. — Klemperer. Pathologie et traitement de la goutte. (*Deut. med. Woch.*, 3 oct.)

Greffe. — P. Ventura. Greffe d'os décalifié dans les cas de perte de substance osseuse. (*Riforma med.*, 18 et 19 juillet.)

Grippe. — Sirot. La grippe est-elle une entité morbide? (*Bourgogne méd.*, juin.) — N. Kuskow. Sur l'anatomie pathologique de la grippe. (*Arch. f. pathol.*

Anat., CXXXIX, 2.) — Richardière. Les formes nerveuses de la grippe. (*Union méd.*, 17 août.) — Curti. Localisations méningées grippales chez l'enfant. (*Pediatria*, juill.) — Cœur. Aphasie et gangrène de la jambe par artérite grippale. (*Soc. méd. des hôp.*, 11 janv.) — Shepard. L'alcool dans la grippe. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 28 sept.)

Grossesse. — Utley. L'albuminurie dans la grossesse. (*Americ. j. obst.*, sept.) — Oui. Phlegmon du ligament large pendant la grossesse. (*Bull. méd.*, 8 sept.) — Beck. Un cas de grossesse avec intégrité de l'hymen. (*Prager med. Woch.*, 32.) — Von Guérard. Cinq cas de grossesse ou d'accouchement avec occlusion plus ou moins complète de l'hymen. (*Berlin. klin. Woch.*, 29 avril.) — Chaleix et Fieux. Trois cas de mort et de rétention du fœtus dans des utérus rétrofléchis. (*Bull. méd.*, 2 oct.) — Dunn. Un cas de grossesse normale chez une femme à qui on n'a laissé qu'une portion d'ovaire. (*Clin. franç.*, 25 mai.) — Rubeska. Complication de la grossesse et de l'accouchement par les tumeurs de l'ovaire. (*Monats. f. Geburts.*, II, 3.) — Monod. Grossesse 22 mois après amputation du col pour cancer. (*Bull. méd.*, 22 sept.) — Hundley. Prolapsus complet de l'utérus gravide, opération, avortement. (*Med. News*, 7 sept.) — Albarran. Plaies multiples de l'intestin et de l'utérus gravide par balle de revolver. Procidence du cordon dans le ventre de la mère. Laparotomie, guérison. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 243.) — Pilliet. Etude histologique des modifications de l'utérus dans la grossesse tubaire. (*Ann. de gyn.*, oct.) — Richardson. Sur la grossesse extra-utérine et sur l'hémorragie pelvienne. (*Trans. Americ. surg. Ass.*, XII.) — Routier. Fœtus provenant de trois grossesses extra-utérines. (*Bull. soc. de chir.*, XXI, p. 475.) — Fuchs. Un cas de grossesse extra-utérine. ((*Deut. med. Woch.*, 7 nov.) — Schwarz. Rupture d'une grossesse tubaire à deux mois; hématocèle et rupture dans la vessie, guérison. (*Cent. f. Gynaek.*, 14 sept.)— Jepson. Diagnostic précoce et traitement de la grossesse extra-utérine. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 24 août.) — Ross. Grossesse extra-utérine, séparation de la trompe et de la corne au moment de la rupture. (*Americ. j. of obst.*, oct.)— Jepson. Grossesse ectopique, nature, diagnostic, traitement. (*Ibid.*, sept.) — Bovée. Grossesse tubaire, rupture, tentatives d'avortement, infection septique, céliotomie, curetage. (*Ibid.*) Lanphear. Trois laparotomies pour grossesses extra-utérines. (*Med. Record*, 14 sept.) — Rosenwasser. Localisation exceptionnelle de l'épanchement dans les cas de rupture de grossesse ectopique. (*Med. News*, 5 oct, p. 390.) — Dunning. Grossesse ectopique, rupture dans l'intestin. (*Ibid.*) — Demoulin. Grossesse tubaire terminée par rupture et guérie par l'intervention. (9e *Cong. franç de chir.*) — Handfield Jones. Grossesse extra-utérine, opération presque à terme, enfant vivant, mère morte trois semaines après la délivrance. (*Lancet*, 19 oct.) — Condamin. Quelques réflexions sur le traitement par la voie vaginale et l'ablation de la trompe malade dans les grossesses extra-utérines avec rupture du kyste fœtal. (*Ann. de Gyn.*, sept.) — Klein. Un cas de grossesse ectopique, laparotomie, guérison. (*Wiener med. Woch.*, 21 sept.)

Gynécologie. — Donat. L'examen gynécologique. (*Med. Bibl. f. prakt. Aerzte*, 64.) — Mundé. Le service gynécologique de Mount Sinai Hospital, de 1883 à 1894. (*Americ. j. of obst.*, oct.) — Vogel. Table pour opérations gynécologiques, de Landau et Vogel. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 avril.) — Meige. Infantilisme chez la femme. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, juill. et août, p. 218.

H

Helminthiase. — V. Babes. Remarques sur les parasites du « Carceag » du mouton et l'ictère hématurique parasitaire du mouton. (*Archiv. f. pathol. Anat.*, CXXXIX, 2.)

Hémoglobinurie. — Gallois. De l'hémoglobinurie. (*Bull. méd.*, 10 nov.)

Hémorragie. — Réthi. Des hémorragies des voies aériennes supérieures au point de vue général et particulier. (*Samml. Abhand. aus Gebiet. Nas. Krankh.*, n° 4.) — Glenn. Le traitement des hémorragies graves par l'injection de la solution saline normale tel qu'il est pratiqué au Rotunda Hospital. (*Dublin Journ.*, sept.) — Massey. Traitement des hémorragies utérines par l'électrolyse. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 24 août.) — Bryant. Traitement de l'hémophilie par le chlorure de chaux. (*Australian med. j.*, XVII, p. 340.)

Hémorroïde. — Thévenard. Des procédés opératoires appliqués à la cure des hémorroïdes. (*Gaz. des hôp.*, 5 oct.)

Hérédité. — Nicolle et Halipré. Maladie familiale caractérisée par des altérations des cheveux et des ongles, 6 générations, 36 cas. (*Ann. de derm.*, VI, 8 et 9.)

Hernie. — Ombrédanne. Hernie diaphragmatique étranglée. (*Soc. anat. Paris*, 28 juin.) — Bajardi. Hernies de l'appendice vermiforme du cœcum. (*Lo Sperim.*, *sez. clinica*, 17 et 18, p. 323 et 346.) — Anderson. 3 cas de hernie sans sac de l'S iliaque à travers le canal inguinal gauche. (*Brit. med. j.*, 19 oct.) — Delagenière et Bolognesi. Sur un cas de hernie inguinale avec ectopie testiculaire ayant déterminé l'hystérie, l'éthéromanie et l'alcoolisme chez un homme de 32 ans. Guérison par la cure radicale de la hernie. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 sept.) — Weber. Hernie fémorale d'un kyste du ligament large. (*Americ. j. obst.*, sept.) — Masse. Hernie périnéale et lipome préherniaire ; grossesse. (*Bull. Méd.*, 2 oct.) — Just Lucas Championnière. La hernie ombilicale. Thérapeutique et cure radicale. (*Journ. de méd. et de chir. pratiques*, 25 avril.) — Reynier. Du danger de la ligature à la soie dans certaines épiploites enflammées. — Berger. Résultats de l'examen de dix mille observations de hernies. — Julliard. Entérectomie pour la cure radicale de hernies non étranglées. — Guinard. Traitement des hernies gangrénées par l'invagination partielle ou totale de l'intestin. — Villard. Traitement de la gangrène herniée par l'entérectomie et le bouton anastomotique. — Poullet. Utilisation de certains tendons pour guérir les hernies. — Phocas. Cure radicale de la hernie inguinale chez l'enfant. (9e *cong. franc. de chir.*) — Roberts. La cure radicale des hernies. (*Americ. j. of med. sc.*, sept.) — Gaccioppoli. Une modification à la cure radicale de la hernie inguinale. (*Riforma med.*, 13 juil., p. 135.) — Lafourcade. De la cure radicale des hernies. (In-8°, 86 p., *Dax*.) — Manley. Méthode australienne ou opération de O'Hara pour la cure radicale de la hernie. (*Med. Record*, 14 sept.) — Goullioud. Cure radicale des éventra-

tions. (*Lyon méd.*, 15 sept.) — Bacon. Opération myoplastique pour la hernie ventrale de la ligne blanche. (*Atlantic med. Week*, IV, 6.) — Robson. Opération d'une hernie volumineuse. (*Practitioner*, oct.) — Villard. Gangrène herniaire, entérectomie avec bouton anastomotique, guérison. (*Lyon méd.*, 15 sept.)

Herpès. — Cantrell. Forme singulière d'herpès circiné. (*Med. News*, 21 sept.) — Toch. De l'herpès tonsurans chez les nouveau-nés. (*Arch. f. Derm.*, XXXII, 3.)

Histologie. — Boehm et V. Davidoff. Traité d'histologie humaine, technique. (*Wiesbade.*) — Flatau. Procédé d'imprégnation des cellules encéphaliques. (*Berlin. klin. Woch.*, 8 avril.).

Hôpital. — Icard. L'hôpital français de San Francisco. (*Lyon méd.*, 13 oct.) — Wyman. Sur les hôpitaux en baraquements. (*Boston med. Journ.*, 19 sept.) — Calot et de Rothschild. Le dispensaire Rothschild à Berck-sur-Mer. Essai sur l'assistance médicale et chirurgicale gratuite dans les petites villes et les campagnes. (in-8°, 226 p., *Paris.*) — Lee. Les hôpitaux d'isolement pour les maladies contagieuses autres que la variole. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 7 sept.) — Leal. Les avantages d'un hôpital commun pour les maladies contagieuses. (*Ibid.*, 7 sept.)

Hydatide. — Tokarenko. Sur l'origine et la propagation de l'échinocoque multiloculaire. (*Thèse de St.-Pétersbourg.*) — Bider. Echinocoque multiloculaire du cerveau avec des remarques sur la fréquence de l'échinocoque à Bâle. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXLI, 1.) — Coupland. Hydatides de la plèvre et du péritoine. (*Lancet*, 21 sept.) — Page. Un cas de kyste échinocoque du foie, de la plèvre, de l'épiploon, du mésentère, du péritoine et de la vessie. (*Med. Record*, 21 sept.) — Lendon. Pyléphlébite suppurée consécutive à la suppuration d'un kyste hydatique du foie. (*Australasian med. Gaz.*, 15 mai.) — Paget. 2 cas de kyste hydatique suppuré du foie, en arrière; drainage par le thorax après résection costale. (*Brit. med. j.*, 2 nov.) — Walther. Sur quelques phénomènes observés à la suite de l'ouverture large des kystes hydatiques intra-hépatiques. (9e *cong. franc. de chir.*) — Vivenza. Contribution au diagnostic des kystes à échinocoques de la rate. (*Lo sperimentale, sez. clinica.*, 13, p. 248.) — Demons. Kyste hydatique de l'ovaire. (*Bull. Méd.*, 22 sept.) — Chavannaz. Kyste hydatique de l'os coxal. (*Ibid.*, 22 sept.) — Harrison. Volumineux kyste hydatique du bassin, incision périnéale, drainage. (*Med. chir. Trans.*, LXXVIII, p. 171.)

Hydroa. — Graham. Hydroa estival. (*Americ. derm. Ass.*, 17 sept.)

Hydrothérapie. — Wittgenstein. Traitement hydrothérapique des maladies internes. (136 p., *Leipsig* et *Med. Bibl. d. prakt. Aerzte*, n° 68.) — Deck. De l'enveloppement froid dans les affections aiguës des voies respiratoires. (*Thèse de Nancy.*) — Couette. Pression et percussion en hydrothérapie. (*Lyon méd.*, 29 sept.) — Phillips. Valeur thérapeutique de l'eau dans le traitement de quelques conditions nerveuses et mentales. (*Med. Record.*, 21 sept.)

Hygiène. — Sadoul. Guide pratique d'hygiène et de médecine coloniale à l'usage des postes militaires dépourvus de médecin. (in-8°, 287 p., *Paris.*) — Bechmann. Le nouveau régime de l'assainissement à Paris. (*Rev. d'hyg.*,

mars.) — BEDOIN. Prophylaxie des maladies transmissibles à la campagne. Isolement. (*Ann. d'hyg.*, avril.) — BURGERSTEIN et NETOLITZKY. Traité d'hygiène scolaire. (429 p. avec pl., *Iéna.*) — DUFESTEL. Quelques considérations sur l'inspection médicale des écoles de la ville de Paris. (*Journ. de clin. inf.*, 1er avril.) — SOLBRIG. Des exigences hygiéniques pour les écoles de campagne. (In-8°, 161 p., *Francfort-s.-Mein.*) — GRIESBACH. Stimulant et hygiène du système nerveux dans les écoles. (97 p., *Munich.*) — BERTILLON. Les conditions du logement dans les principales villes d'Europe. (*Rev. d'hyg.*, XVI, p. 880.) — KOROSI (Joseph). Surpeuplement des logements comparé à Paris et à Buda-Pest. (*Rev. d'hyg.*, mai.) — BERTILLON (J.). Même sujet. Réponse aux critiques de Korosi. (Ibidem., p. 410.) — MARCY. Le pavage des rues au point de vue sanitaire. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 7 sept.) — ZSCHOKKE (E.). Les exercices corporels au point de vue de l'hygiène. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 mai.) — BODENHAMER. Equitation et bicyclisme comme exercices hygiéniques et thérapeutiques. (*N.-York med. j.*, 2 nov.) — LOVE. La bicyclette au point de vue médical. (*Med. News*, 5 oct., p. 386.) — COCHRAN. Relations entre les quarantaines nationales et municipales. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 7 sept.) — BOHM et GROHN. La combustion des ordures ménagères en Angleterre et les expériences de cette nature projetées à Berlin. (*Berlin*, 1894.) — THOINOT. L'étuve à vapeur sous pression de Vaillard et Besson. (*Ann. d'hyg.*, avril.) — ELSNER. Pratique du chimiste dans l'examen des aliments, boissons, objets de consommation courante... des questions d'hygiène et de bactériologie, de médecine légale et d'analyse des urines. (*Hambourg.*) — VIGNOLI. Le suif de bœuf. Considérations sur les corps gras. (*Arch. de méd. nav.*, sept.) — JOLLES. Sur la margarine, étude hygiénique. (*Wiener med. Presse*, 4 août.) — SCHUTZENBERGER. Rapport sur les mauvaises odeurs de Villejuif, causées par des fonderies de graisses de cuisines. (*C.-R. Séances Cons. Salubr. Seine*, I, n° 7, p. 95.) — RICHE. Rapport sur la vente du pétrole en bidons de 5 litres. (*Ibid.*, p. 83.) — RICHE. Rapport sur la question de classement de l'industrie de l'étamage du fer. (*Ibid.*, p. 77.) — LÉVY (Michel). Rapport sur les précautions à prendre dans la fabrication de l'acide carbonique liquide. (*Ibid.*, p. 26.) — RICHE. Rapport sur les prescriptions proposées pour l'exploitation d'une fabrique de produits chimiques à la Courneuve. (*Ibid.*, p. 8.) — TROOST. Rapport sur le vernissage des billes de billard en simili-ivoire. (*Ibid.*, p. 55.) — MAGITOT. Des accidents industriels du phosphore, pathogénie et prophylaxie. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, IX, 7.) — SCHRANK (Josef). Points de vue nouveaux dans le service médical des mœurs. (*Oesterreich. Sanitaetswesen*, 1894 et *Hyg. Rundsch.*, V, n° 8, p. 380.) — HUTCHINSON. La réglementation de la prostitution. (*Americ. med. Bull.*, 15 août.)

Hypnotisme. — SCHAFFER. Suggestion et réflexes. Etude critique et expérimentale des phénomènes réflexes de l'hypnotisme. (113 p., *Iéna.*) — FOREL (Aug.). L'hypnotisme. (*Stuttgart.*)

Hystérie. — BREUER et FREUD. Etudes sur l'hystérie. (296 p., *Leipsig.*) — PATRICK. Association de l'hystérie et des maladies organiques. (*Medicine*, sept.) — OMBRÉDANNE. 3 cas d'hystéro-traumatisme. (*Arch. gén. de méd.*, nov.) — MARTIN-DURR. Un mode spécial de provocation de l'hystérie (traumatisme). (*Gaz. des hôp.*, 17 oct.) — CROUZET. La fièvre hystérique. (*Thèse de Paris.*) — TATY. 2 cas de folie hystérique d'origine infectieuse. (*Ann. méd. psych.*, nov.) — PRESTON. Anesthésie hystérique chez l'homme. (*Journ. of nerv. dis.*, août.) — GORDON. Hystérie par suite d'adhérences du clitoris. (*Med. age*, 9.) — TRIFILETTI. Aphonie et surdité hystériques.

(*Arch. ital. di otol.*, III, 3.) — Booth. Amblyopie et amaurose hystériques. 5 cas traités par l'hypnotisme. (*Journ. of nerv. dis.*, août.) — Berger. Du larmoiement hystérique. (*Progrès méd.*, 5 oct.) — Debove. Hémiplégie hystérique. (*Méd. moderne*, 2 oct.) — Wichmann. Hystérie avec troubles trophiques simulant la syringomyélie. (*Berl. klin. Woch.*, 25 mars.) — Verhoogen. Le tympanisme et le météorisme abdominal des hystériques. (*Mercredi méd.*, 2 oct.) — Weir Mitchell. Contractures hystériques. (*Med. News.*, 24 août.) — Hirtz et Fraenkel. De la polyurie hystérique. (*Méd. moderne*, 19 oct.) — Pamard. Inutilité de l'ablation des ovaires pour la guérison de l'hystérie. (9e *cong. franc. de chir.*)

I-K

Ichtyose. — Roussel. Dents d'Hutchinson et ichtyose. (*Loire méd.*, 15 sept.)

Idiotie. — Mirto. L'excitabilité électrique des nerfs et des muscles chez les idiots. (*Riv. sper. di freniat.*, XXI, 2 et 3.) — Shuttleworth. Traitement chirurgical de l'idiotie. (*Brit. med. j.*, 28 sept.)

Impetigo. — Crocker. Impetigo contagiosa gyrata. (*London clin. Soc.*, 25 oct.)

Infection. — Kocher et Tavel. Etudes sur les maladies infectieuses chirurgicales (1re partie, 224 p., *Bâle.*) — Posner. Infection et auto-infection. (*Berl. klinik*, 85.) — Sur les suites nerveuses des maladies infectieuses. Disc. à la Brit. Ass. (*Brit. med. j.*, 21 sept.) — Galeazzi. Influence du choc nerveux sur la marche des infections. (*Presse méd.*, 2 nov.) — Williams. 2 cas de fièvre infectieuse montrant la valeur thérapeutique de l'antisepsie intestinale. (*Lancet*, 26 oct.) — Pichevin. Infection péritonéale postopératoire à staphylocoques. (*Bull. méd.*, 11 sept.) — Kasparek. Des infections par les sarcosporidies. (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 11).

Injection. — Nuijens. La méthode Brown-Séquard par les extraits d'organes animaux. (*Ann. soc. méd. Anvers*, juil.)

Insolation. — Alix. Observations d'insolation et six coups de chaleur. (*Arch. de méd. nav.*, oct.) — Eddowes. Traitement de l'érythème solaire. (*Lancet*, 14 sept.)

Intestin. — Schürmayer. Présence de flagellées dans le canal intestinal. (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 11.) — Lépine. La résorption des matières albuminoïdes d'un lavement nutritif a-t-elle lieu dans le gros intestin ou l'intestin grêle, justification physiologique de l'entéroclyse. (*Sem. méd.*, 4 sept.) — Josué. Acides sulfoconjugués dans les urines et putréfactions intestinales. (*Gaz. des hôp.*, 21 sept.) — Albu. Des autointoxications du conduit intestinal. (*Berlin.*) — Northridge. Le régime dans la diarrhée estivale. (*N.-York med. j.*, 14 sept.) — Romine. Traitement de la constipation par la dilatation forcée du sphincher. (*Therap. Gaz.*, 16 sept.) — E. Hugon. Traitement de la constipation en gynécologie par le massage. (*Rev. clin.*,

d'andr., 13 sept.) — Port. De la formation des polypes multiples dans le conduit intestinal. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLII, 1.) — Beverley Robinson. Le rhumatisme comme cause d'appendicite. (*Med. Record*, 14 sept.) — Murray. 23 cas de typhlite. (*Liverpool med. Inst.*, 31 oct.) — Marchand. Appendicite par corps étrangers. (*Bull. soc. de chir.*, XXI, p. 495.) — Monod. Contribution à l'étude des appendicites. (*Ibid.*, 497.) — Sonnenburg. Pathologie et traitement de la pérityphlite. (240 p., *Leipzig.*) — White. 5 cas d'abcès en connexion avec l'appendice vermiforme. (*Practitioner*, nov.) — Coupland. La question de la typhlite. (*Ibid.*, oct.) — Thomason. Diagnostic et traitement de l'appendicite chez la femme enceinte. (*Med. Record*, 21 sept.) — Taylor. Un cas unique d'appendicite, opération, mort. (*N. York med. j.*, 2 nov.) — Gray. Un cas d'appendicite perforée avec péritonite purulente généralisée ; opération, guérison. (*Med. Record*, 14 sept.) — Poster. Du traitement de l'appendicite. (*Med. News.*, 14 sept.) — Dorfler. Contribution au traitement de la pérityphlite ou appendicite. (*Münch. med. Woch.*, 14.) — Blondel. De l'intervention dans la pérityphlite. (*Thèse de Paris.*) — Dawbarn. Un cas curieux d'appendicite, discussion sur un certain nombre de points de technique opératoire. (*Med. Record.*, 31 août.) — Rigal. Appendicite infectieuse compliquée de péritonite, traitée avec succès par la résection de l'appendice. (*Bull. soc. de chir.*, XXI, p. 463.) — Brosch. L'étiologie de l'épithéliome du tractus intestinal. (*Wiener med. Woch.*, 28 sept.) — Flesch. De la rupture de l'intestin. (*Cent. f. Gyn.*. 9 novembre.) — Price. Opération de la rupture complète de l'intestin (*Med. age*, 11.) — Lauenstein. Traitement chirurgical des sténoses du tube gastro-intestinal. (*Deut. med. Woch.*, 5 sept.) — Morton. Suite d'une observation d'anastomose latérale par le bouton de Murphy. (*Brit. med. j.*, 19 oct.) — Robson. Série de cas de colectomie. (*Ibid.*) — Cripps. Complications de la colostomie inguinale. (*Ibid.*) — Duplay et Cazin. Un nouveau procédé de suture intestinale à l'aide d'une ligature en masse sur un cylindre métallique creux. — Boiffin. Sur le traitement chirurgical des rétrécissements de l'intestin. (*9e Cong. franç. de chir.*) — L. Riepp. Résection de l'intestin précédée d'entéro-anastomose dans les hernies gangrenées. (*Riforma med.*, p. 410, 10 mai.) — Rasumowsky. De l'entéro-anastomose latérale avec des plaques de pommes de terre. (*Arch. f. klin. Chir.*, L, 4.) — Marwedel. Des entéro-anastomoses, étude expérimentale sur la valeur du bouton de Murphy. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIII, 3.) — Parkhill. Iléocolostomie par la méthode de Murphy, résection du cœcum, exclusion totale d'une partie de l'iléon, entéro-apokleisis. (*Med. News*, 12 oct.)

Iris. — Reber. La pupille à l'état de santé et dans l'épilepsie. (*Med. News.*, 24 août.) — Fouchard. Iridocyclite sur un œil traumatisé 25 ans auparavant. (*Clin. opht.*, févr.) — Jocqs. Traitement de l'occlusion pupillaire par l'extraction du cristallin transparent. (*Ibid.*, fév.)

Kyste. — Narath. Des kystes lymphatiques rétro-péritonéaux. (*Arch. f. klin. Chir.*, L, 4.) — Chipault. Les kystes dermoïdes extra-crâniens, 3 cas. (*Méd. moderne*, 5 oct.) — H. Ruge. Un athérome papilliforme du dos avec de nombreuses cellules géantes. (*Arch f. pathol. Anat.*, CXXXVI, 3.) — Lejars. Kyste sanguin de la région occipitale chez une enfant de 10 mois. (*Rev. d'orthop.*, 1er sept.)

L

Lacrymales (voies). — Truc. Des états lacrymaux latents. (*Clin. opht.*, mars.) — Duclos. Traitement de la dacryocystite par les injections de fluorol. (*Ann. policl. Bordeaux*, 1er sept.) — Piccoli. Carcinome du sac lacrymal. (*Soc. ital. di Ottalm.*, août.)

Lait. — Zangemeister. Recherches sur les bactéries du lait bleu. (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 11.) — Worcester. La question du lait. (*Boston med. Journ.*, 19 sept.) — Leeds. Lait stérilisé. (*Americ. j. of med. sc.*, sept.) — G. Lazard. La question de la stérilisation du lait devant les pouvoirs publics. (*Journ. de clin. inf.*, 17 oct.) — Bernhard Bendix. Allaitement artificiel et stérilisation du lait de vache. (*Berlin. klin. Woch.*, 15 avril.) — Adolf Baginsky. Quelques remarques sur le travail précédent. (*Ibidem*, 6 mai.) — Bernhard Bendix. Réponse à Baginsky. (*Ibid.*, 13 mai.)

Langue. — Hulen. Angiome caverneux de la langue. (*N. York med. j.*, 26 oct.) — Dunham. Sarcome à cellules rondes de la langue. (*Americ. j. of med. sc.*, sept.) — Spencer. Résection sous-maxillaire de la moitié de la langue. (*Lancet*, 14 sept.)

Laparotomie. — Kaan. Cas de céliotomie. (*Boston med. Journ.*, 29 août.) — Hall. Sur quelques conditions réclamant des soins spéciaux après la laparotomie. (*Med. Record*, 21 sept.) — Longuet. Cure radicale de hernie, occlusions par bride, laparotomie, guérison. (*Gaz. des hôp.*, 12 sept.)

Larynx. — Onodi. La question des centres de phonation. Observation de Klemperer, réplique de Onodi. (*Arch. f. Laryng.*, III, 1.) — Benda. Des bords muqueux des cordes. (*Ibid.*, III, 1.) — Kirstein. Autoscopie du larynx et de la trachée. (*Ibid.*, III, 1.) — Œrtel. Du laringo-stroboscope, son emploi. (*Ibid.*, III, 1.) — Rabe. Morphologie des boutons gustatifs de l'épiglotte. (*Anat. Anzeiger.*, XI, 5.) — Hodgkinson. Fonctions des bandes ventriculaires et des ventricules du larynx. (*Brit. med. j.* 26 oct.) — Robinson. Etiologie et traitement de certaines formes de toux. (*Americ. j. of med. sc.* nov.) — Mandelstamm. Un cas d'aphonie hystérique. (*Ann. mal. de l'or.*, août.) — Baumgarten. Troubles laryngés au début du tabes. (*Pester med. chir. Presse*, 2 juin.) — Rœmisch. Position du cartilage aryténoïde dans la paralysie unilatérale du récurrent. (*Arch. f. Laryng.*, III, 1.) — Cline. La laryngite au point de vue rhinologique. (*Med. News*, p. 386, 5 oct.) — Milligan. Troubles vocaux chez les professeurs, des nodules des professeurs. (*Brit. med. j.*, 2 nov.) — Hodgkinson. Chordite tubéreuse. (*Ibid.*) — Chiari. Kératose circonscrite du larynx. (*Prager med. Woch.*, 3 janv.) — Hopkins. L'œdème aigu du larynx. (*Med. Record*, 19 oct.) — Kuttner. L'œdème du larynx et la laryngite sous-muqueuse. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXXIX, 1.) — Schlender. De l'œdème laryngé dans le rhumatisme articulaire aigu. (*Thèse de Berlin.*) — Evans. Deux trachéotomies pour cellulite laryngée (œdème). (*Med. Record*, 2 nov.) — Brunetti. Laryngite phlegmoneuse par brûlure. (*Arch. ital. di Otol.*,

III, 4.) — Bergengrün. Etiologie des ulcérations laryngées dans la fièvre typhoïde. (*Arch. f. Laryng.*, III, 1.) — Rocaz. Manifestations laryngées de la stomatite impétigineuse. (*Bul. méd.*, 22 sept.) — Bonfiglio. De la tuberculose laryngée primitive, trois cas. (*Arch. ital. di laring.*, XV, 4.) — Wright. Tuberculose des voies aériennes supérieures, étiologie. (*N. York med. j.*, 21 sept.) — Rice. Le diagnostic de la tuberculose des voies aériennes supérieures. (*Ibid.*, 19 oct.) — Gleitsmann. Traitement chirurgical de la tuberculose laryngée, index bibliog. étendu. (*Ibid.*) — Molinié. De la dysphagie dans la tuberculose laryngée et de son traitement. (*Marseille méd.*, 1er nov.) — Loeb. Traitement de la tuberculose laryngée par le sérum de Paquin. (*Ibid.*, 5 oct.) — Claude. Tuberculose laryngée sous-glottique, adénopathie cervicale, sténose glottique, intubation. (*Revue mal. de l'enfance*, juil.) —Krause, Heryng, Gleitsmann. Traitement chirurgical de la tuberculose laryngée. (*Brit. laring. Ass.*, 25 juill. et *Journ. of laryng.*, sept.) — Campbell. Traitement des affections respiratoires par les injections intra-laryngées. (*Med. chir. trans.*, LXXVIII, p. 39.) — Bronner. Quelques cas d'affection du larynx et des bronches traités par les injections intra-laryngées. (*Brit. med j.*, 26 oct.) — Palazzolo. Sangsue dans le larynx, extraction par les voies naturelles. (*Boll. mal. dell' orecchio*, XIII, 9.) — Bonain. Laryngite œdémateuse chez un enfant de 15 mois à la suite de l'introduction d'un corps étranger dans le larynx. Intubation du larynx pendant 24 heures. (*Revue mal. de l'enfance*, juill.) — Wagnier. Deux cas de polypes bilobés sous-glottiques. (*Revue de laryng.*, 15 oct.) — Panzer. Formation de kystes dans le larynx. (*Wiener klin. Woch.*, 18 avril.) — Geronzi. Un cas de papillome laryngé. (*Arch. ital. di Otol.*, III, 4.) — Massei. Traitement des rétrécissements du larynx. (*Brit. laryng. Assoc.*, 25 juill.) — Kijewski. De la laryngofissure. (*Arch. f. laryng.*, III, 1.) — Perier. De la laryngotomie. (9e *Cong. franç. de chir.*) — J. Solis-Cohen. Observation de laryngectomie complète. (*Brit. med. j.*, 2 nov.) — Lavisé. De la laryngectomie totale, deux cas inédits. (*Thèse d'agrég. Bruxelles.*) — Carmalt. L'extirpation du larynx. (*Trans. Americ. surg. Ass.*, XII.) — Bérard. Cancer du larynx, ablation, trachéotomie préalable. (*Lyon méd.*, 1er sept.) — Thompson. Sarcome du larynx, laryngectomie par une nouvelle méthode, guérison. (*Med. News*, 26 oct.) — De Santi. La thyrotomie, statistique des cas opérés à Saint-Bartholomew's hosp. depuis 15 ans. (*Brit. med. j.*, 26 oct.) — Delavan, Butlin, etc. Discussion sur les indications du traitement radical précoce des tumeurs malignes du larynx. (*Ibid.*) — Warner. Cas d'intubation. (*Med. Record*, 31 août.) — Bauer. Deux cas d'emphysème sous-cutané pendant le tubage. (*Jahrb. f. Kind.*, XLI, 1.) — Meslay. Croup intubation prolongée. Trachéotomie avec ulcération consécutive de la trachée et médiastinite suppurée. (*Revue mal. de l'enfance*, juill.) — Variot. Observations et réflexions sur les accidents du tubage. (*Journ. de clin. inf.*, 30 oct.) — Variot. Le tubage à l'hôpital et dans la médecine pratique. (*Ibid.*, 17 oct.) — Levrey et Piatot. Accident mortel du tubage. Rejet du tube. Arrêt dans la cavité des fosses nasales. Mort. (*Ibid.*, 31 oct.) — Wetherla. Nouvel extracteur pour tubage laryngé. (*Americ. j. Obst.*, sept.)

Lèpre. — Hersman. Sur un cas de lèpre. (*Med. News*, 5 oct.) — G. Roux. Un cas de lèpre. (*Loire Méd.*, 15 oct.) — Castellino et Tonarelli. De la maladie de Morvan. (*Morgagni*, sept.) — Ahsmead. Mal de San Antonio. (*N. York med. j.*, 21 sept.)

Lipome. Kuenne. Des lipomes des voies aériennes supérieures. (*Thèse de Wurtzbourg.*) — Klaussner. Un cas de lipome. (*Münch. med. Woch.*, 15,

p. 345.) — Milian. Pseudo-lipomes et lipomes multiples. (*Gaz. des hôp.* 9 nov.) — Gérard-Marchant. Lipome sous-deltoïdien. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 415.

Lupus. — Sée. Lupus érythémateux. (*Gaz. des hôp.*, 12 oct.) — Fordyce. Lupus érythémateux disséminé. (*Americ. derm. Ass.*, 17 sept.) — Zerenine. Traitement du lupus par les applications locales de créosote. (*Vratch*, 7 sept.) — Vollner. Traitement du lupus érythématode discoïde. (*Deut. med. Woch.*, 19 sept.)

Luxation. — Eve. Luxation congénitale de l'épaule en arrière, opération. (*Brit. med. j.*, 21 sept.) — Oldacres. Luxation simultanée des deux épaules. (*Ibid.*, 9 nov.) — Hallaron. Méthode simple de réduction des luxations récentes de l'épaule. (*Ibid.*, 2 nov.) — Waldau. Luxation de l'index droit. (*Cent. f. Chir.*, 2 nov.) — Flower. Luxation sus-pubienne du fémur, fracture du col, résection de la tête. (*Brit. med. j.*, 2 nov.) — Freeman. Luxation spontanée de la hanche au cours d'une fièvre typhoïde. (*Med. News*, 26 oct.) — Kœlliker. De la luxation du fémur congénitale sus-cotytoïdienne. (*Cent. f. Chir.*, 9 nov.) — Dolega. Traitement orthopédique de la luxation congénitale de la hanche. (*Deut. med. Woch.*, 12 sept.) — Kirmisson. Gouttière de Bonnet articulée pour le traitement des luxations congénitales de la hanche. (*Rev. d'orthop.*, 1er sept.) — Hoffa. Résultats éloignés des opérations de luxation congénitale de la hanche. (*Arch. f. klin. Chir.*, LI, 1.) — Gandier. Traitement opératoire de la luxation congénitale de la hanche, modification au procédé de Hoffa. (*Revue mal. de l'enfance*, juill.) — Calot. Traitement des luxations congénitales et pathologiques de la hanche. (9e *Cong. franç. chir.*) — Bousquet. Luxations de l'extrémité inférieure du tibia en dedans compliquées d'ouverture de l'articulation tibio-tarsienne. (*Cent. méd.*, 1er oct.) — Baehr. Des formes de luxations traumatiques des petits os du pied. (*Samml. klin. Vortraege*, nº 136.)

Lymphatique. — Gley et Pachon. Influence de la circulation lymphatique intra-hépatique sur l'action anti-coagulante de la peptone. (*Arch. de phys.*, VII, 4.) — Hayden. Injections d'huile iodoformée dans l'adénite suppurée de l'aine. (*N. York med. j.*, p. 276, 31 août. et *Americ. j. of med. sc.*, nov.) — Caillet. Tuberculose généralisée des ganglions lymphatiques. (*Bourgogne méd.*, juin.) — Rousseau. De l'adénopathie sus-claviculaire dans les cancers viscéraux. (*Thèse de Paris.*) — A. Tilger. Un cas de kyste lymphatique du ligament gastro-hépatique. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXXIX, 2.) — Kromayer. Deux cas d'endothélioma tuberosum colloïdes (lymphangioma tuberosum multiple Kaposi), notes sur les vaisseaux lymphatiques du derme. (*Ibid.*) — Sharp. Le lymphadénome des ganglions comme une affection pathologique distincte. (*Jour. of. anat.*, oct.) — Rosenberg. Cas de lymphosarcome, début par les ganglions cervicaux. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 mars.)

M

Main. — Féré. — Sur la sensibilité de la pulpe des doigts. (*Soc. de biol.*, 19 oct.) — Haacke. L'allongement des ongles et des poils comme résultat de l'atrophie par défaut d'usage. (*Rev. scientif.*, 21 sept.) — Jeannin. Etude sur

le doigt à ressort. (*Arch. de méd.*, sept.) — P. COUDRAY. Flexion congénitale du petit doigt à la dernière période. (*Bull. méd.*, 22 sept.) — DELORME. Arrachement de la main gauche en totalité. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 384.) — LAYRAL. La main du gantier. (*Loire méd.*, 15 oct.)

Maladie. — POVYSSOZKI. Des forces de réserve de l'organisme et de leur valeur dans la lutte de l'économie contre les maladies. (*Gaz. hebd. Paris*, 21 sept.) — CARTER. Les intoxications et les auto-intoxications comme cause de maladie. (*Lancet*, 19 oct.)

Malformation. — CHARRIN et GLEY. Difformités congénitales expérimentales. (*Soc. de biol.*, 2 nov. et *Acad. des sc.*, 4 nov.) — CHARRIN et GLEY. A propos de l'influence de l'infection sur la descendance. (*Soc. de biol.*, 16 nov.) — MOUTARD-MARTIN et PISSAVY. Malformations congénitales multiples et héréditaires des doigts et des orteils. (*Ann. de méd.*, 31, p. 241.) — Mc JACOBI. Absence de l'utérus, étude de l'hermaphrodisme. (*Americ. j. of Obst.*, oct.) — MAUCLAIRE. Des malformations congénitales ou acquises du col fémoral. (*Bull. méd.*, 28 août.)

Mamelle. — SABRAZÈS et BINAUD. La tuberculose mammaire. (*Mercredi méd.*, 4 sept.) — GAUDIER et PÉRAIRE. De la tuberculose mammaire. (*Rev. de chir.*, sept.) — BOIFFIN. Des kystes simples de la mamelle. Insuffisance de la ponction exploratrice pour leur diagnostic. (*Arch. prov. de chir.*, IV, 10.) — HIEBAUM. De la formation de kystes multiples dans la glande mammaire de la femme ; kystes multiples dans un fibro-myome de la mamelle. (*Prager med. Woch.*, 28.) — E. ROCHARD. De la mastite carcinomateuse. (*Union méd.*, 6 juill.) — LANE. Procédé de traitement des tumeurs malignes étendues du sein. (*Lancet*, 12 oct.) — WIGHT. Traitement du cancer du sein. (*Ann. of surg.*, oct.)

Massage. — KLEEN. Traité du massage. (332 p., *Leipsig.*) — FREUDENTHAL. Massage vibratoire électrique de l'oreille, du nez et de la gorge. (*N. York med. j.*, 28 sept.)

Maxillaire. — SMITH. Les lésions pathologiques du maxillaire inférieur. (*Medicine*, oct.) — WALDOW. Les déformations du maxillaire par suite de troubles de la respiration nasale. (*Arch. f. Laryng.*, III, 3.) — DMOCHOWSKI. Anatomie pathologique et étiologie des inflammations de l'antre d'Highmore. (*Ibid.*, III, 3.) — HERZFELD et HERRMANN. Examen bactériologique dans 10 cas de sinusite maxillaire. (*Ibid.*, III, 1.) — CARR. Empyème de l'antre. (*N. York med. j.*, p. 569, 2 nov.) — PINDER. Empyème de l'antre d'Highmore datant de 7 ans. (*Lancet*, 19 oct.) — LENTZ. Ankylose osseuse de la mâchoire inférieure, résection avec interposition du muscle temporal. (9e *Cong. franç de chir.*) — THOMAS. Epithélioma du maxillaire supérieur. (*Med. News*, 2 nov.)

Médecine (histoire). — LŒFFLER. Louis Pasteur. (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 16.) — DUCLAUX. Louis Pasteur. (*Ann. Inst. Pasteur*, IX, 10.) — L'œuvre de Pasteur. Bibliographie de ses travaux. (*Rev. scientif.*, 5 oct.) — DE FLEURY. Pasteur et les pastoriens. (In-32, 117 p., *Paris.*) — B. ORSTEIN. Sur la macrobiotique grecque. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXXVI, 3.) — DUPOUY. Le moyen âge médical. (In-12, 372 p., *Paris.*) — CHURCH. Harvey et le développement de la physiologie en Angleterre. (*Brit. med. j.*, 26 oct.) — LE MAR'HADOU. Notes sur la médecine annamite. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 août.) — LANDAU. Histoire des médecins juifs. (*Berlin.*) — HUMPHRY. Les modifications de la médecine et de la chirurgie depuis 60 ans. (*Med.*

Magazine, IV, 11 et *Lancet*, 26 oct.) — TERSON. La chirurgie oculaire au XVIIIe siècle. Pellier de Quengsy. (In-8°, *Paris.*) — STEDMAN. La profession médicale comme elle est vue par le public. (*Boston med. Journ.*, 22 août.) —BARUCH. La méthode de Kneipp au point de vue de l'histoire de la médecine. (*N. York med. j.*, 26 oct.)—BRASSAC. Vie et travaux du directeur Barthélemy. (*Arch. de méd. nav.*, oct.)

Médecine légale. — A. BERTILLON. Du classement phonétique. (Broch., 12 p., *Paris.*) — CARRARA. Anomalies des sillons palmaires chez les sujets sains et chez les criminels. (*Giorn. Accad. di Med. Torino*, juill.-août.) — Franz NEUGEBAUER. Valeur séméiologique et diagnostique des empreintes de pas humains (ichnogrammes). (*Leipzig.*) — DAVIS. L'examen médical dans les assurances sur la vie. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 28 sept.) — WINSLOW. Le suicide, épidémie mentale. (*Ibid.*, 21 sept.) — WEIR. Le suicide aux Etats-Unis. (*Med. Record*, 17 août.) — C. WERNER. Rapport médico-légal sur un cas de folie avec obsessions et actes irrésistibles (larcins). (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, IX, 326.) — LITTHAUER. Le cancer de l'estomac et des organes abdominaux peut-il être la suite médiate d'une contusion? (*Ibid.*, IX, p. 342.) — MOTET, VIBERT et RICHARDIÈRE. Rapport médico-légal sur un testament en faveur d'un ministre des cultes. Interprétation de l'article 909 du Code civil (dernière maladie : tuberculose pulmonaire avec hémorragie cérébrale). Jugement contraire aux conclusions des experts. (*Ann. d'hyg. pub.*, mai.) — BORRI. Contribution à l'étude de la docimasie hémato-pneumo-hépatique. (*Lo Sperimentale*, sez. clin., 7, p. 121.)—PERRIN DE LA TOUCHE. Observations médico-légales sur un cas d'avortement criminel présumé. (*Ann. d'hyg.*, fév.) — BARABAN et PARISOT. Considérations médico-légales sur un cas de fracture du crâne. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er sept.) — HALL. Examen médico-légal des plaies par armes à feu, armes, corps, etc. (*N. York med. j.*, 21 sept., et *Med. News*, 2 nov.)

Médecine militaire. — GILS. Le médecin militaire. (In-8°, 362 p., *Paris*, 1896.) — PARK. La chirurgie militaire moderne. (*Med. News*, 7 sept.) — GAURAN. Notice sur les médecins de la marine des différents pays. (64 p., *Paris.*) — JOURDAN. Documents médicaux sur la guerre sino-japonaise, (*Arch. de méd. nav.*, oct.) — HUOT. Histoire médicale du poste de Dogba (Dahomey, et de la colonne 1893-94). (*Ibid.*, sept.)—AMOURETTI. Note pour servir aux médecins-majors des transports de l'Indo-Chine. (*Ibid.*) — DE SANTI. La question des premiers secours sur le champ de bataille et le paquet de pansement. (*Semaine méd.*, 2 oct.) — SENN. Chirurgie conservatrice sur les champs de batailles ; pansement provisoire des plaies. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 6 et 13 juill.)

Méninge — KŒPPEN. De la pachyméningite cervicale hypertrophique. (*Arch. f. Psych.*, XXVII, 3.) — MALENCHINI. Contribution à l'étude des méningites (*Lo Sperim.*, sez. biol., p. 362.) — TRAMBUSTI. Etiologie de la méningite cérébro-spinale chez les animaux. (*Ibid.*, sez. clin., 15, p. 287.) — D. QUADRI. Méningite cérébro-spinale épidémique (septicémie diplococcique) avec localisations variées. (*Riforma med.*, 8 juill.) — A. N. BATMANOFF. Sur la granulie et la méningite tuberculeuse par contagion des phtisiques. (*Vratch*, 21 sept.) — ZAPPERT. De l'hémiplégie dans la méningite tuberculeuse. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XL, 2 et 3.) — KERR. Trépanation dans la méningite tuberculeuse, guérison. (*Lancet.*, 26 oct.) — CAUTLEY. Valeur de la trépanation dans la méningite tuberculeuse. (*Brit. med. j.*, 21 sept.) — ROBSON. Méningocèle traitée par une opération plastique. (*Americ. j. of med. sc.*, sept.) — V. JANSSEN. Un sarcome de la pie-mère.

(*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXXIX, 2.) — CLARKE. De l'endothéliome de la dure-mère spinale, un cas avec opération. (*Brain*, 70.)

Menstruation. — BARRAUD et ROUILLARD. Troubles et accidents de la ménopause. (In-8°, *Paris.*) — DUNN. Mauvaise influence de la menstruation sur la kératite interstitielle. (*Arch. of opht.*, XXIV, 3.) — POZZI. Hématométrie, hémato-salpinx et hématocèle rétro-utérine par rétention menstruelle due à une atrésie cicatricielle du col. Ablation de l'hémato-salpinx par la laparotomie et de l'hématométrie par l'hystérectomie, accidents infectieux, injections de sérum antistreptococcique. Guérison. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 509.)

Moelle. — ROTHMANN. Les affections combinées primitives de la moelle. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, VII, 3 et 4.) — PFEIFFER. Anatomie pathologique de la myélite aiguë. (*Ibid.*, VII, 3 et 4.) — STOURME. Rapports entre les myélites et les polynévrites infectieuses. (*Lyon méd.*, 6 oct.) — NAGEOTTE et LENOBLE. Sur une plaque de myélite siégeant dans le faisceau antéro-latéral chez un tabétique paralytique général. (*Soc. anat. Paris*, 12 juill.) — EICHHORST. Polio-myélite cervicale ou paralysie du plexus brachial. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er avril.) — TOMPKINS. Poliomyélite antérieure. (*Americ. j. of obst.*, oct.) — F. RAYMOND. Hémato-myélite du cône terminal. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, p. 149, mai et juin.) — NAGEOTTE. Sur la méningo-myélite diffuse dans le tabes, la paralysie générale et la syphilis spinale. (*Arch. de neurol.*, oct.) — TRIANTEFILLIDES. Pseudo-sclérose en plaques d'origine palustre. (*Gaz. méd. sud de la Russie*, juin.) — Th. M. OPENCHOWSKI. Sur les dégénérescences secondaires par troubles de nutrition du bulbe. (*Vratch*, 10 août.) — A. WIZEL. Un cas intéressant de sclérose en plaques. (*Ibid.*, 17 sept.) — C. CENI. Contribution à l'étude de la dégénérescence ascendante des cordons postérieurs et des fibres arciformes de la moelle allongée chez l'homme. (*Riforma med.*, p. 400, 9 mai.) — H. SCHLESINGER. La syringomyélie. (*Leipsig.*) — DEJERINE et MIRALLIÉ. Des troubles trophiques et vaso-moteurs dans la syringomyélie. (*Arch. de phys.*, VII, 4.) — PRUS. La maladie de Morvan, ses rapports avec la syringomyélie et la lèpre. (*Ibid.*, XXVII, 3.) — PIC et REGAUD. Dissociation syringomyélique de la sensibilité dans un cas de pachy-méningo-myélite due à un mal de Pott, sans cavités médullaires. (*Province méd.*, 5 oct.) — LAEHR. Des troubles de la sensibilité dans le tabes et de leurs localisations. (*Arch. f. Psych.*, XXVII, 3.) — BONNIER. Sur le signe de Romberg. (*Soc. de biol.*, 2 nov.) — FOURNIER. Ulcères symétriques de la face dorsale des pieds à la période préataxique du tabes révélant un tabes jusqu'alors méconnu. (*Presse méd.*, 25 mai.) — VERRIER. De la rééducation des muscles dans l'ataxie des membres supérieurs. (*Progrès méd.*, 14 sept.) — HASCOVEC. La tuberculose de la moelle. (*Arch. de neurol.*, sept.)

Mole. — JAGOT. Obs. de môle hydatiforme diagnostiquée. (*Ann. de gyn.*, sept.) — TARDIF. Trois cas de môle hydatiforme. (*Ibid.*) — DESBONNETS. Môle hydatiforme expulsée sept mois après la disparition des règles. (*J. Sc. méd. Lille*, 8 juin et *Arch. de tocol.*, oct.)

Molluscum. ANDERSON. Adénome sébacé avec fibrome molluscum. (*Brit. j. of derm.*, oct.) — TOUTON. Sur le travail de Kuznitzky sur la nature des modifications cellulaires dans le molluscum. (*Arch. f. Dermat.*, XXXII, 3.)

Morve. — WLADIMIROW. Sur la sensibilité des animaux à la toxine de la

morve. (*Arch. sc. biol. St-Pétersbourg*, IV, 1.) — PINS. Effets de la malléine sur le sang et sa valeur diagnostique. (*Œsterreich. Zeit. f. wiss. Veterinärkund.*, IV.) — PREUSSE. Manière d'apprécier la réaction sous la malléine. (*Berlin. thieracrztl. Woch.*, n° 51, 1894.) — LEVY et STEINMETZ. Sur le procédé de Straus pour le diagnostic de la morve. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 mars.)

Muscle. — MARCHESINI et FERRARI. Recherches sur la fibre musculaire lisse et striée. (*Anat. Anzeiger*, XI, 5.) — V. FURTH. Des albuminoïdes du plasma musculaire. (*Arch. f. exp. Path.*, XXXVI, 3.) — TISSOT. Valeur des échanges gazeux d'un muscle extrait du corps pendant les jours qui suivent son extraction. (*Arch. de phys.*, VII, 4.) — TISSOT. Sur le dégagement d'hydrogène et d'azote par les muscles isolés du corps. (*Ibid.*, VII, 4.) — LEDOUBLE. Des variations morphologiques des muscles de la main de l'homme et de leurs homologues dans la série animale. (In-8°, 47 p., *Nancy*.) — SHEPHERD. Muscle anormal du thorax en rapport avec le diaphragme. (*Journ. of anat.*, oct.) — FURSTNER. Quelques altérations de l'appareil musculaire. (*Arch. f. Psych.*, XXVII, 2.) — BREGMAN. Du paramyoclonus multiple. (*Ibid.*, XXVII, 2.) — JAN. Relation d'un cas de maladie de Thomsen. (*Arch. de méd. nav.*, oct.) — EULENBURG. De la maladie de Thomsen. (*Deut. med. Woch.*, 17 oct.) — CRAMER. Anatomie pathologique de l'atrophie musculaire progressive. (*Cent. f. allg. Path.*, 31 août.) — A. ROBIN. Traitement du lumbago. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 sept.) — BERNE. Sur certaines ruptures musculaires et leur traitement massothérapique. (*Journ. méd. Paris*, 3 nov.) — LEGUEU. Hernie musculaire consécutive à une rupture musculo-tendineuse ancienne. (9ᵉ *Congrès français de chirurgie*.)

Mycose. — DIDSBURY. Mycose pharyngée. (*Rev. de laryng.*, 15 oct.) — V. HERFF. De la mycose vaginale. (*Samml. klin. Vortraege*, 137.) — MALHERBE. Le mycosis fongoïde. (*Progrès méd.*, 28 sept.)

Myopie. — DUBERRY. Traitement opératoire de la myopie forte progressive par l'ablation du cristallin. (*Normandie méd.*, 1ᵉʳ nov.) — FIELD. La grande clarté dans les salles d'école comme cause de myopie. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 21 sept.)

Myxœdème. — BEHREND. Du myxœdème. (*Thèse de Leipsig.*) — BOURNEVILLE. Cas de myxœdème congénital. (*Prog. méd.*, 20 juill.) — TATY et GUÉRIN. Myxœdème et goitre simple traités par la médication thyroïdienne. (*Sem. méd.*, 10 août.) — ALLARD. Myxœdème infantile traité par l'extrait thyroïdien. (*Policl. Bruxelles*, 15 sept.)

N

Nerf. — ONUFROWICZ. Constitution biologique et morphologique des cellules ganglionnaires après la section des racines et des nerfs. (*Journ. of nerv. dis.*, oct.) — WEISS et DUTIL. Développement des terminaisons nerveuses dans les muscles striés. (*Acad. des sc.*, 28 oct.) — COLEMAN. Terminaisons ner-

veuses dans le cœur. (*N. York med. j.*, 12 oct.) — MONRO. Valeur clinique de la théorie des quatre racines des nerfs crâniens. (*Journ. of anat.*, oct.) — MONRO. Le nerf optique, partie du système nerveux central. (*Ibid.*) — BIRMINGHAM. Le nerf de Wrisberg. (*Ibid.*, oct.) — E. CAVAZZANI et MANCA. Les nerfs vaso-moteurs des ramifications portes hépatiques. (*Arch. ital. de biol.*, XXIV, 1.) — MATTE. Origine des fibres du nerf auditif. (*Arch. f. Ohren.*, XXXIX, 1.) — GIFFORD. Corps hyalins dans le nerf optique. (*Arch. of opht.*, XXIV, 3.) — FRANÇOIS-FRANCK. Sur l'action vaso-constrictive pulmonaire du grand sympathique. (*Arch. de phys.*, VII, 4, p. 744 et 816.) — ZAUHI. Névrites multiples périphériques infectieuses. (*Lo Sperimentale sezion. clin.*, 8, p. 150.) — WELCH. Névrite traumatique consécutive à une application de forceps. (*Med. News*, 19 oct.) — ESKRIDGE. Quatre cas de névrite multiple à formes irrégulières. (*Ibid.*, 2 nov.) — EICHHORST. Cas de paraplégie atrophique par polynévrite. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er avril.) — PRESTON. Diagnostic de cas anciens de névrite multiple. (*Ibid.*, 5 oct.) — BALLET. De l'acroparesthésie. (*Sem. méd.*, 6 nov.) — DESTOT. Névralgie paresthésique. (*Lyon méd.*, 8 sept.) — DUBOIS. Trois cas de névralgie faciale traités par la névrectomie. (9e *Cong. franç. de chir.*) — MALHERBE. Traitement chirurgical de la névralgie faciale. (*Ibid.*) — J. SALVIOLI. Nouvelle contribution à l'étude des atrophies consécutives à la section des nerfs. (*Giorn. Accad. di Med. Torino*, juill.-août, p. 422.) — WHARTON. Quatorze cas de luxation du nerf cubital. (*Americ. j. of med. sc.*, oct.) — v. BERGMANN. Névrome plexiforme. (*Soc. méd. de Berlin*, 10 oct.) — ORLANDI. Un cas de rhabdomyome du nerf ischiatique. (*Arch. per le sc. med.*, XIX, 2.)

Nerveux (Syst.) — BENEDICENTI. Recherches histologiques sur le système nerveux central et périphérique du bombyx mori. (*Arch. ital. de biol.*, XXIV, 1.) — JAKOB. Atlas du système nerveux à l'état normal et pathologique. (*Munich.*) — WALLER. Remarques sur la loi de Weber-Fechner; rétine, muscle, nerf. (*Brain*, 70.) — GILLES. Peut-on assimiler l'influx nerveux à un phénomène électrique ? (*Marseille méd.*, 1er nov.) — PERNICE et SCAGLIOSI. Les altérations du système nerveux chez les animaux privés d'eau. (*Pisani*, mai.) — BERKLEY. Lésions produites par certains poisons sur la cellule nerveuse. (*Med. News*, 31 août.) — JACOBSOHN. Formes d'artéro-sclérose du système nerveux central. (*Arch. f. Psych.*, XXVII, 3.) — PELLIZZI. Sur les dégénérescences secondaires dans le système nerveux central à la suite de lésions de la moelle et de la section de racines spinales. Contribution à l'anatomie et à physiologie des voies cérébelleuses. (*Arch. ital. de biol.*, XXIV 1.) — KNAPP. Causes réflexes des maladies nerveuses. (*Americ. j. of med. sc.*, oct.) — METTLER. Le surmenage est-il une cause d'affections nerveuses ? (*Med. Record*, 7 sept.)

Névrose. — CROCQ. Etude pathogénique et clinique des névroses traumatiques. (*Mém. cour. Acad. méd. Belgique*, XIV.) — ZIEGELROTH. Le nervosisme à notre époque. (In-8°, 74 p., *Stuttgart.*) — EULENBURG. Névropathie sexuelle; névroses génitales et neuropsychoses chez l'homme et chez la femme. (164 p., *Leipzig.*) — DICKSON. Du spasme oscillatoire. (*Lancet*, 5 oct.) — PETIT. Des rapports de la neurasthénie avec la scoliose et quelques autres difformités orthopédiques. (*Gaz. des hôp.*, 3 oct.)

Nez. — SEIFERT et KAHN. Atlas d'histopathologie du nez, de la cavité buccale pharyngienne et du larynx. (*Wiesbade.*) — HAMON DU FOUGERAY. Clinique des maladies du nez, de la gorge, du larynx et des oreilles, statistique. (*Broch. Le Mans.*) — FLATAU. Maladies du nez, de la gorge et du larynx.

(432 p., *Leipsig.*) — KILLIAN. Anatomie du nez chez l'embryon. (*Arch. f. Laryng.*, III, 1.) — BOENNINGHAM. Des glandes de l'épithélium hyperplastique de la muqueuse nasale. (*Ibid.*, III, 3.) — BROOM. L'organe de Jacobson chez les monotrèmes. (*Journ. of anat.*, oct.) — Elliot SMITH. L'organe de Jacobson et le bulbe olfactif chez l'ornithorynque. (*Anat. Anzeiger*, XI, 6.) — Elliot SMITH. Morphologie du centre olfactif. (*Ibid.*, XI, 2.) — KAYSER. Mensuration exacte du passage de l'air dans le nez. (*Arch. f. Laryng.*, III, 1.) — ZWAARDEMAKER. Un mensurateur de l'olfaction. (*Ibid.*, III, 3.) — HOPMANN. Anomalies des choanes et du pharynx nasal. (*Ibid.*, III, 1.) — TILLEZ. Trois cas de parosmie, causes, traitement. (*Lancet*, 12 oct.) — LAURENS. Relations des maladies du nez et de ses annexes avec les maladies des yeux. (*Gaz. des hôp.*, 7 sept.) — SARASOHN. Examen du nez et du pharynx chez les épileptiques et les idiots. (*Thèse de Kœnigsberg.*) — POULSSON. Hydrorrée nasale. (*Norsk mag. f. Læger.*, juin.) — POULSSON. Sur un cas d'hydrorrée du nez. (*Norsk Magazin*, juin.) — FRAENKEL. Du coryza des employés de chemins de fer. (*Arch. f. Laring.*, III, 3.) — KLINGEL. De la rhinite caséeuse. (*Ibid.*, III, 1.) — FAYE. Diagnostic bactériologique de l'ozène. (*Rev. de laryng.*, 1er oct.) — GOUGUENHEIM. Perforations de la cloison du nez. (*Semaine méd.*, 25 sept.) — HELLMANN. Carie syphilitique de l'os ethmoïde, curetage, mort par accidents cérébraux sans rapport avec l'opération. (*Arch. f. Laryng.*, III, 1.) — KUHN. Des tumeurs syphilitiques du nez. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 oct., p. 927.) — GUINARD. Extraction d'un volumineux séquestre des fosses nasales, opération de Rouge. (*Ann. mal. de l'or.*, sept.) — GRÜNWALD. Suppuration fétide du nez. Empyème des deux sinus frontaux, carie de leur paroi postérieure, pachy-méningite droite. Abcès du lobe frontal. Trépanation, guérison. (*Münch med. Woch.*, 20, p. 272.) — FLATAU. Des affections des sinus. (*Soc. laring. Berlin*, 8 juin.) — HERZFELD. De l'empyème avec carie du sinus sphénoïdal. (*Ibid.*) — BRYAN. Etude des sinusites suppurées. (*N. York med. j.*, 12 oct.) — BOSWORTH. Mélancolie suite de sinusite ethmoïdale guérie par une opération nasale. (*Ibid.*, 12 oct.) — BOSWORTH. Sinusite ethmoïdale suppurée, envahissement du sinus sphénoïdal, abcès du cerveau, mort. (*Ibid.*) — KUHNT. Les affections inflammatoires des sinus frontaux et leurs conséquences. (*Wiesbaden.*) — GRUENING. Empyème des sinus ethmoïdaux, ouverture par la voie orbitaire. (*N. York eye and ear inf. rep.*, III, 1.) — SCHECH. Diagnostic et traitement des sinusites suppurées. (*Arch. f. Laryng.* III, 1.) — WINCKLER. Traitement des sinusites. (*Ibid.*, III, 3.) — Discussion à l'association britannique laryngologique sur le traitement des sinusites. (*Journ. of Laryng.*, sept.) — DELAVAN. Le traitement chirurgical des sinusités ethmoïdales (*Brit. laryng. Assoc.*, 25 juill.) — LUC. Le traitement chirurgical des sinusites. (*Ibid.*, 25 juill.) — MOURE. Traitement de l'empyème du sinus frontal. (*Ibid.*) — GUSSENBAUER. Résection temporaire de la charpente nasale pour l'ouverture des sinus frontaux, ethmoïdaux, sphénoïdaux et des cavités orbitaires. (*Wiener klin. Woch.*, 23 mai et *Rev int. de rhin.*, V, 16.) — LIARAS. Ostéome du sinus frontal. (*Journ. méd. Bordeaux*, 25 août.) — TIXIER. Lupus primitif de la cloison nasale sans lésion cutanée. (*Province méd.*, 2 fév.) — GUYE et LUC. Etiologie des polypes du nez. (*Brit. med. Ass.*, 31 juill.) — KAYSER. Polypes du nez avec empyème du sinus maxillaire, méningite mortelle. (*Monat. f. Ohrenh.*, 9.) — WATSON. Polypes du nez, tachycardie modifiée par l'ablation des polypes. (*Brit. med. j.*, 2 nov.) — PASCAL. Parasites des fosses nasales. (*Arch. de méd. mil.*, oct.) — SEIFERT. Une dent surnuméraire dans le nez. (*Revue de laryng.*, 1er nov.) — STIEDA. Des kystes osseux du nez. (*Arch. f. Laryng.*, III, 3.) — SCHWARTZ. Sarcome pulsatile de la région fronto-orbitaire épistaxis répétées; ligature de la carotide primitive. (*Union méd.*, 31 avril.) — FLATAU. Carcinome de la muqueuse nasale. (*Soc. laryng. Berlin*,

8 juin.) — Douglas. Les méthodes modernes du traitement des maladies du nez et de la gorge. (*N. York med. j.*, 26 oct.) — Bischof. Accidents consécutifs à divers procédés thérapeutiques locaux dans les affections de la gorge et du nez. (*Ther. Monats.*, sept. et oct.) — Simpson. Les principes importants de la chirurgie intra-nasale. (*N. York med. j.*, 21 sept.) — Dadysett. Opération d'ablation du cornet, pratiquée pour la première fois dans les Indes. (*Journ. of laryng.*, août.) — Goldstein. Nouveau couteau pour la cloison. (*Med. Record*, 2 nov.) — Young. Nouvelle scie nasale. (*Ibid.*) — Casselberry. Electrolyse par un courant gradué pour les éperons de la cloison. (*N. York méd. j.*, 31 août.) — Wolff. L'emploi des électromoteurs en chirurgie nasale. (*Arch. f. Laryng.*, III, 3.) — Keegan. De la rhinoplastie dans l'Inde. (*Brit. med. j.*, 12 oct.) — Schimmelbusch. Nouveau procédé de rhinoplastie, opération du nez en selle. (*Arch. f. klin. Chir.*, L, 4.) — Jonnesco. Rhinoplastie totale. (9e *Cong. franç. de chir.*)

Nystagmus. — Audéoud. Nystagmus familial. (*Rev. méd. Suisse romande*, XV, p. 53.)

Nutrition. — Eccles. Les avantages de l'oxydation. (*Lancet*, 9 nov.)

O

Obésité. — Kisch. Irrégularités du cœur dans l'obésité. (*St-Petersburg. med. Woch.*, 21.) — Œsterreicher. Sur la cure modifiée de l'obésité. (*Wiener med. Presse*, 21 juill.)

Occlusion intestinale. — Hammer. De l'occlusion congénitale de l'intestin. (*Prager med. Woch.*, 34.) — Robson. Variétés d'occlusion intestinale par calculs biliaires. (*Med. chir. Trans.*, LXXVIII, 117.) — Kofman. De l'invagination intestinale. (*Cent. f. Chir.*, 12 oct.) — Crickx. De l'obstruction intestinale chronique. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 sept.) — Adenot. Occlusions intestinales post-opératoires. (*Bull. méd.*, 6 oct.) — Legueu. Des occlusions intestinales post-opératoires. (*Ibid.*, 15 sept.) — W. Thomson. L'étranglement interne. (*Dublin journ.*, oct.) — Elliot. Etranglement du diverticule de Meckel provoqué par un volvulus de l'iléon. (*Trans. Amer. Surg. Ass.*, XII.) — Annequin. Deux cas d'étranglement aigu de l'intestin par le diverticule de Meckel. (*Dauphiné méd.*, sept.) — Michaux. Sur le volvulus de l'S iliaque et son traitement chirurgical. (9e *Cong. franç. de chir.*) — Routier. Occlusion intestinale datant de trois jours, laparotomie, guérison. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 255.) — Warren. Diagnostic et traitement de l'obstruction intestinale aiguë. (*Americ. med. Bull.*, 15 août.) — Rydygier. Traitement de l'invagination intestinale. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLII, 1.)

Œdème. — De Giovanni. Causes des œdèmes préascitiques. (*Morgagni*, août.)

Œil. — Brown. Rapports des mouvements des yeux et des mouvements de la tête. (*Journ. of laryng.*, sept.) — Weiland. Quelle est la cause de l'ombre

dans la skiascopie. (*Med. News*, 12 oct.) — SIGALAS. Sur la puissance de l'amétrope, influence du verre correcteur, degré d'amétropie. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 2 juin.) — OVIO. Les cercles de diffusion. (*Soc. ital. di ottalm.*, août.) — PROMPT. Le défaut d'achromatisme de l'œil. (*Dauphiné méd.*, 1er août.) — OTTOLENGHI. Recherches périoptométriques. (*Riv. sper. di freniat.*, XXI, 2 et 3.) — KŒNIG. Des anomalies fonctionnelles du champ visuel. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, VII, 3 et 4.) — WEILAND. Améliorations de l'ophtalmomètre de Javal. (*Arch. of opht.*, XXIV, 3.) — WEILAND. Comment le kératomètre de Javal peut être transformé en chromatomètre pour l'examen des daltoniques. (*Ibid.*) — GIFFORD. Réaction pupillaire orbitaire. (*Ibid.*, XXIV, 3.) — TENNANT. Note sur la vision colorée. (*Journ. of anat.*, oct.) — GUAITA. Mensuration de la sensibilité chromatique. (*Soc. ital. di ottalm.*, août.) — VALUDE. L'érythropsie. (*Méd. moderne*, 9 nov.) — KRIENES. De l'héméralopie idiopathique. (*Wiesbade*, 1896.) — CUTLER. Héméralopie congénitale et dégénérescence pigmentaire. (*Arch. of opht.*, XXIV, 3.) — PICCOLI. Persistance du canal de Cloquet avec vestiges de l'artère hyaloïde. (*Soc. ital. di ottalm.*, août.) — ROHMER. Leçons d'ophtalmologie : accidents infectieux de l'œil ; maladies des voies lacrymales. (*Soc. méd. de l'Est*, 15 sept.) — SNELL. La vue et la vie scolaire. (*Londres.*) — COOVER. Irritations réflexes suite de fatigue oculaire. (*Med. News*, 26 oct.) — BARDELLI. Action des toxines du streptocoque sur l'œil. (*Soc. ital. di ottalm.*, août.) — SCHEIER. De l'innervation du goût et des inflammations neuro-paralytiques de l'œil. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVIII, 5 et 6.) — GUÉRIN. Manifestations oculaires du vanillisme. (*Ann. d'ocul.*, oct.) — GOULD. Des mouches volantes, étude de la nutrition intra-oculaire, étiologie de la cataracte, du glaucome. (*Med. News*, 14 sept.) — BAUCHAU. L'ophtalmie granuleuse dans la zone du littoral flamand et zélandais. (*Cliniq. opht.*, mai.) — FRANCISCO, Rapport sur 40 cas d'ophtalmie des nouveau-nés. (*N. York eye and ear inf. Rep.*, III, 1.) — VIGNES. Traitement de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. (*Prog. méd.*, 13 juill.) — GALLEMAERTS. Ophtalmie sympathique et injections sous-conjonctivales. (*La policl. Bruxelles*, 15 sept.) — AUSSET. Etude séméiologique de l'ophtalmie. (*Bull. méd. Nord*, 11 oct.) — BACH. Remarques sur la tuberculose oculaire. (*Münch. med. Woch.*, 18, p. 413.) — ALLING. Diplopie survenant à la périphérie du champ de fixation. (*Arch. of opht.*, XXIV, 3.) — MOULTON. Paralysie du muscle abducteur. (*Ibid.*, XXIV, 3.) — JOHNSON. Obs. sur la tache jaune. (*Ibid.*, XXIV, 3.) — DE SCHWEINITZ. Deuxième attaque de papillite dans un cas d'atrophie post-névritique des nerfs optiques. (*Ibid.*, XXIV, 2.) — HANSELL. Paralysie de la rotation externe de l'œil. (*Med. News*, 28 sept.) — DODD. Névrite rétrobulbaire héréditaire. (*Ann. of opht.*, IV, 3) — GUENDE. Trois cas d'ophtalmoplégie extrinsèque congénitale. (*Marseille méd.*, 15 oct.) — TREVILIAN. Un cas d'ophtalmoplégie unilatérale complète. (*Brain*, 70.) — P. CHIARINO. La migraine ophtalmoplégique. (*Riforma med.*, 22 juill.) — BŒDEKER. Etude des ophtalmoplégies alcooliques aiguës. (*Arch. f. Psych.*, XXVII, 3.) — VALUDE. Symptômes des paralysies musculaires de l'œil. (*Méd. mod.*, 4 sept.) — VALUDE. Diagnostic des paralysies oculaires. (*Ibid.*, 11 sept.) — OVIO. Action de la cocaïne sur l'œil. (*Soc. ital. di ottalm.*, août.) — PAGNINI. Asepsie des collyres. (*Ibid.*, août.)

Œsophage. — BYCHOWSKI. Un cas de diverticule œsophagien. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXLI, 1.) — NOTHAFFT. Mort subite par éclatement d'une veine variqueuse de l'œsophage (accompagnant une sténose sarcomateuse.) (*Münch. med. Woch.*, 15, p. 350.) — W. KOERTE. Gastrostomie avec fistule oblique de Witzel pour cancer de l'œsophage, survie de 3 mois. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 mai.) — MAAS. Cancer de l'œsophage, gangrène pulmonaire. (*Ibid.*, XXXI, p. 1071.)

Orbite. — Pergens. Phlegmons de l'orbite, complications de l'influenza. (*Ann. d'ocul.*, oct.) — Discussion à l'Association britannique sur les tumeurs orbitaires. (*Brit. med. j.*, 19 oct.) — Valude. Angiome kystique de l'orbite, électrolyse. (*Ann. d'ocul.*, sept.) — Millikin. Kyste dermoïde de l'orbite. (*Arch. of opht.*, XXIV, 3.) — Proben. Un cas d'exophtalmie due à un kyste intra-orbital. (*Med. Record*, 24 août.) — Panas. Des pseudoplasmes malins de l'orbite. (*Rev. gén. d'opht.*, XIV, 10.) — Beaumont. Sarcome de l'orbite chez un enfant. (*Lancet*, 21 sept.)

Oreille. — L. Katz. Atlas stéréoscopique de l'oreille humaine d'après des préparations macroscopiques transparentes. (*Berlin.*) — Furst. Recherches sur la spina supra meatum. (*Nord. med. Arkiv*, XXVII, 3.) — Tomka. Anomalies de développement de l'étrier. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXXVIII, 3.) — Tomka. Osselet surnuméraire de la cavité tympanique. (*Ibid.*, XXXIX, 1.) — R. Geigel. La fonction acoustique des tubes de communication et des stétoscopes. (*Arch f. pathol. Anat.*, CXL, 1.) — Weygandt. Percussion et auscultation de l'oreille. (*Thèse de Berlin.*) — Bloch. De l'audition binauriculaire. (*Arch. of otol.*, XXIV, 2.) — Moure et Brodier. Acoumètre électro-téléphonique. (*Rev. de lar.*, 1er nov.) — Blau. Revue des travaux récents en otologie. (*Schmidt's Jahrb.*, 10.) — Gradenigo. Compte rendu statistique de la clinique otologique de la policlinique de Turin, 1889-95. (*Arch. ital. di otol.*, III, 3.) — Schwalbe. Recherches statistiques sur les formes de l'oreille chez les aliénés et les criminels. (*Arch. f. Psych.*, XXVII, 3.) — Girard. Malformation de l'oreille par excès de développement chez une fillette, même malformation chez le père et la mère. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er mars.) — Garnault. Hémorragie réflexe post-opératoire de la caisse du tympan chez le pigeon. (*Soc. de biol.*, 26 oct.) — Fordyce. Maladie de Raynaud localisée aux oreilles. (*Americ. derm. Ass.*, 17 sept.) — Thomson. Sur la surdité d'origine intra-nasale. (*Med. Record*, 7 sept.) — Szenes. Sur un cas rare d'otite externe d'origine infectieuse. (*Ann. mal. de l'or.*, oct.) — Dunn. Traitement de l'otite externe circonscrite par le collodion salicylé. (*Arch. of otol.*, XXIV, 2, p. 150.) — Dunn. Un cas d'otite hémorragique externe. (*Zeit. f. Ohr.*, XXVII, 1.) — Goldstein. Abcès du conduit externe, suivi de périchondrite du pavillon. (*Med. Record*, 5 oct.) — Arslan. Séquestre osseux du conduit auditif externe. (*Arch. ital. di otol.*, III, 9.) — Royet. Otite chez un syphilitique. (*Lyon méd.*, 29 sept.) — A. Courtade. Traitement des abcès du conduit auditif. (*Bull. gén. de thérap.*, p. 202, 15 sept.) — Shastid. Nouvelle opération pour la surdité par otite catarrhale et suppurée, traction du manche du marteau. (*Med. Record*, 2 nov.) — Koerner. Nouvelle forme d'otite grippale. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XXVII, 1.) — Hegetschweiler. De la tuberculose de l'oreille d'après 39 examens de Bezold. (*Wiesbade.*) — Gellé. Du traitement général des affections auriculaires. (*Ann. mal. de l'or.*, oct.) — Max. Un nouvel insufflateur pour le traitement des affections de l'oreille, du pharynx et du larynx. (*Wiener med. Woch.*, 31 août.) — Mc Munn. Le chlorhydrate d'ammoniaque dans les affections de l'oreille moyenne. (*Brit. med. j.*, 19 oct.) — Urbantchichtsch. Influence de l'extraction du marteau sur la fonction auditive de l'autre oreille affectée d'une manière secondaire. (*Mon. f. Ohrenh.*, juin.) — Schmalz. Des rapports des inflammations aiguës de l'oreille avec l'état général. (*Samml. zwang. Abhand. aus Gebiete der nas. krankh.*, 3.) — Walb. Prophylaxie et traitement des otites moyennes suppurées des nouveau-nés. (4e *Cong. otol. allem. Iena*, 2 juin.) — Bean. L'otorrée, ses complications. (*Plymouth med. Soc.*, 26 oct.) — Ball. Otite moyenne comme complication de la pneumonie. (*Med. News*, 21 sept.) — Thomas. Streptococcie, infection générale, otite moyenne suppurée infec-

tieuse, mort. (*Rev. de laryng.*, 1er oct.) — PASSOW. Otite moyenne suppurée chronique, gliosarcome des tubercules quadrijumeaux, mort pendant l'anesthésie chloroformique. (*Deut. med., Woch.*, 31 oct.) — EULENSTEIN. Les complications des otites moyennes suppurées. (*Iena.*) — HARTMANN. Traitement des otites moyennes suppurées chroniques. (*Deut. Aerz. Zeit.*, 15 mai.) — MICHAEL. Traitement des otites moyennes suppurées. (*Samml. klin. Vortraege*, 133.) — MARCIGUEY. Traitement de l'otite moyenne purulente chronique. (*Journ. des Praticiens*, 4, p. 52.) — BROCA. La chirurgie de l'apophyse mastoïde. (*Arch. gén. de méd.*, sept.) — PASSOW. Méthode de transplantation pour l'opération radicale des suppurations de l'oreille moyenne. (*Berlin.*) — SZENES. Devons-nous, dans des cas aigus, nous prononcer pour ou contre l'ouverture de l'apophyse mastoïde ? (*Ann. mal. de l'or.*, oct.) — BRONNER. Différents procédés d'opération de la mastoïde, indications. (*Lancet*, 9 nov.) — VULPIUS. De l'opération de Stacke. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXXVIII, 3.) — DUNN. Déhiscence spontanée de la paroi du canal semi-circulaire supérieur. (*Arch. of otol.*, XXIV, 2.) — HERZOG. Opération de Stacke suivie d'une attaque épileptique. (*Ibid.*, XXIV, 2.) — HARTMANN. Remarques historiques sur l'opération pour ouvrir l'attique et l'antre mastoïdien. (*Ibid.*, XXIV, 1.) — GRUNWALD. Abcès cérébral otitique. (*Münch. med. Woch.*, 20, p. 471.) — LALATTA. De la diffusion des suppurations de la caisse et de leur développement tardif dans l'apophyse mastoïde. (*Arch. ital. di otol.*, III, 4.) — GRADENIGO. Abcès cérébral otique, trépanation du crâne, ouverture de l'abcès, guérison. (*Ibid.*, III, 3.) — VULPIUS. Trois cas d'otite grippale avec abcès sous-dure-mérien. (*Monats. f. Ohrenh.*, 7.) — SAVARIAUD. Otite chronique, abcès du cerveau, phlébite du sinus, résection de la jugulaire, opération de Stacke, trépanation du sinus latéral, mort. (*Soc. anat. Paris*, 5 juill.) — VOSS. Traitement chirurgical de la thrombose des sinus. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXXIX, 2.) — SCHWARTZE. Abcès otique du lobe temporal droit, guérison par opération. Tumeur cérébrale compliquée d'otite moyenne suppurée prise pour un abcès. (*Ibid.*, XXXVIII, 3.) — JANSEN. Des thromboses des sinus par otite suppurée, statistique de 1893, relevé total de 46 cas. (*Samml. klin. Vort.*, 130.) — MICHAEL. Traitement des otites moyennes suppurées. (*Ibid.*, 133.) — ESKRIDGE et ROGERS. Phlébite septique probable du sinus sigmoïde gauche, suite d'otite. (*Med. News*, 5 oct.) — HANSBERG. Technique opératoire de la trépanation pour abcès cérébraux d'origine otique. (*Arch. of otol.*, XXIV, 1.) — REINHARD. Traitement du cholestéatome du rocher par une ouverture permanente rétro-auriculaire. (*Ibid.*, XXIV, 2.) — POLITZER. Les modifications pathologiques du labyrinthe. (*Cong. d'otol.*, *Lancet*, 19 oct., et *Rev. de lar.*, 1er nov.) — FREUND. Surdité labyrinthique et surdité verbale, étude des soi-disant aphasies sous-corticales. (*Wiesbade.*) — GOLDSTEIN. Possibilité d'obtenir une amélioration marquée dans la surdité et la surdi-mutité supposée par la gymnastique acoustique, système d'entraînement vocal du nerf auditif. (*Arch. of otol.*, XXIV, 1.) — GRUBER. Du vertige de Ménière. (*Monats. f. Ohrenh.*, juin.) — STEINBRUGGE. De l'hyperostose du rocher. (*Zeit. f. Ohr.*, XXVI, 4.) — ROYET. Kyste huileux du pavillon de l'oreille. (*Lyon méd.*, 1er sept.) — E. BLANC. Kyste dermoïde du pavillon de l'oreille. (*Loire méd.*, 15 oct.) — MOURE. Deux cas d'ostéome du conduit auditif. (9e *Cong. franc. de chir.*) — URBANTSCHITSCH. Exostose du conduit auditif. — POLITZER. Idem. (*Monats. f. Ohrenh.*, juin.) — URBANTSCHITSCH. Néoplasmes bénins du pavillon. (*Ibid.*, juin.) — DANZIGER. Etiologie du cancer de l'oreille. (*Ibid.*, 7.) — BRIEGER. Carcinome de l'oreille externe. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 927, 21 oct.)

Oreillon. — LETZERICH. Le bacille des oreillons. (*Allg. med. Cent. Zeit.*, 67,

p. 792.) — Barjon. Les oreillons suppurés. (*Province méd.*, 12 oct.) — Albert. Sur une cause de rechutes dans les oreillons et une complication possible de ces rechutes. (*Rev. de méd.*, oct.) — Martin. Orchite précédant les oreillons. (*Med. News*, 21 sept.)

Os. — Zuckerkandl. Anatomie de l'os temporal. (*Mon. f. Ohrenh.*, sept.) — Lannelongue. Rôle des ligaments et des capsules articulaires sur le développement des épiphyses. (*Bull. méd.*, 22 sept.) — Canon. Etude sur l'ostéomyélite et sur l'immunisation. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLII, 1.) — K. A. Walther. Ostéomyélite aiguë des os longs. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Lannelongue. Pluralité de l'ostéomyélite. (9e *Cong. franç. de chir.*) — Demons. De l'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur. (*Ibid.*) — Lannelongue. Ostéomyélite traumatique de la rotule. (*Bull. méd.*, 18 sept.) — Staffel. De l'ostéochondrite disséquante. (*Arch. f. klin. Chir.*, L, 4.) — Cheyne. La tuberculose des os et des articulations. (*Londres.*) — Newmann. Nécrose symétrique de deux fémurs datant de 35 ans, ablation répétée de séquestres, amputation de la cuisse gauche. (*Brit. med. j.*, 12 oct.) — Poirier. Remplacement d'une diaphyse tibiale nécrosée par la diaphyse péronière. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 492.) — Montaz. Exostoses ostéogéniques multiples. (*Dauphiné méd.*, 1er août.) — Moty. Examen d'un ostéome. (*Bull. méd., Nord*, 13 sept.) — Pilcher. Tumeur veineuse du diploë. (*Trans. Americ. surg. Ass.*, XII.) — Parker. Sarcome primitif de la rotule. (*London clin. Soc.*, 25 oct.) — Legueu. Sarcome de la clavicule. (*Soc. anat. Paris*, 5 juillet.) — Fahlenbock. Sarcome central à cellules géantes du calcaneum. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLII, 1.) — Marckwald. Un cas d'endothéliums multiples, intra-vasculaire dans l'ensemble des os du squelette (myélome, angio-sarcome). (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXLI, 1.) — Rossier. L'ostéomalacie puerpérale. (*Ann. de gyn.*, sept.) — Neumann. De l'ostéomalacie. (*Arch. f. Gynaek.*, L, 1.) — Péron et Meslay. Un cas d'ostéomalacie chez une fillette de 15 ans. (*Rev. mal. de l'enf.*, avril.) — Graves. Genu valgum ; de l'ostéotomie corrective. (*Med. News*, 21 sept.) — Samfirescou. Ostéoplasties expérimentales. (*Rev. de chir.*, oct.) — Nicoladoni. Modification de l'ostéoplastie de Kœnig. (*Berlin. klin. Woch.*, 6 mai.)

Ovaire. — Rossi. Sur la structure de l'oviducte du geotriton fuseus. (*Arch. ital. de biol.*, XXIV, 1.) — N. A. Hiller. Anatomie du parovarium suivant les différents âges de la vie extra-utérine. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Geyl. Œdème considérable d'un ovaire normal, par torsion du pédicule. (*Cent. f. Gynaek.*, 14 sept.) — Stocker. Atrophie jaune aiguë du foie à la suite de torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire. (*Ibid.*, 9 nov.) — Cottin. Kyste ovarique ; torsion du pédicule. (*Bourgogne méd.*, 1er mars.) — Ullmann. Kyste dermoïde de l'ovaire gauche ; laparotomie ; guérison. (*Wiener med. Presse*, 22 sept.) — Cuiti. Un cas de kyste ovarique remarquable par une complication rare. (*Sperimentale*, sez. clin., 9, p. 161.) — De la Combe. Kyste dermoïde de l'ovaire gauche. (*Limousin méd.*, sept.) — Bœckel. Kyste de l'ovaire suppuré. (*Bull. méd.*, 22 sept.) — De Nazaris. Hernie inguinale de l'ovaire droit ; castration unilatérale ; guérison. (*Ibid.*) — Marckwald. Un cas d'angiome caverneux de l'ovaire. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXXVII, 1.) — Roncali. Des blastomycètes dans l'adéno-carcinome de l'ovaire. (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 12.) — J. Lwow. Sur le traitement des kystes de l'ovaire par l'incision vaginale. (*Vratch*, 27 juill.) — Malcolm. Quelques causes de mort après l'ovariotomie. (*Med. Chir. Trans.*, LXXVIII, p. 89.)

P

Palais. — Unshelm. Papillome de la pointe de la luette. (*Soc. lar. Berlin*, 8 juin.) — Kraske. Méthode d'urano-staphylorraphie. (*Beit. z. klin., Chir.* XIV, 2.)

Paludisme. — Sacharoff. Mouvement des chromosomes dans les parasites de la malaria. (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 12.) — Danilewsky. Etude du microbe de la malaria. (*Ibid.*, XVIII, 8.) — O'Connell. Climats et paludisme. (*Med. Gaz.*, IV, 11.) — Maget. La fièvre typho-malarienne et ses relations avec la fièvre typhoïde. (*Arch. de méd. nav.*, sept.) — Laffite et G. Brouardel. Paludisme chronique, dégénérescence amyloïde du foie, de la rate et des reins. (*Soc. anat. Paris*, 12 juill.) — Csillag. Sur les paralysies malariennes. (*Wiener med. Presse*, 1er sept.) — Ludlow. Convulsions épileptiformes d'origine paludique. (*Med. News*, 19 oct.) — Lyon. Traitement de la fièvre intermittente. (*Gaz. hebd. Paris*, 5 oct.) — Lyon. Traitement des formes pernicieuses du paludisme. (*Ibid.*, 26 oct.) — Treille. Du chlorhydro-sulfate de quinine dans la fièvre intermittente parfaite. (*Gaz. méd. Nantes*, 12 oct.) — Henrot. Prophylaxie des accidents paludiques à Madagascar. (*Bull. Acad. méd.*, 24 sept.)

Pancréas. — Laguesse. Premiers stades du développement histogénique dans le pancréas du mouton, îlots primaires. (*Soc. de biol.*, 26 oct.) — Lépine. Sur la glycosurie consécutive à l'ablation du pancréas. (*Acad. des sc.*, 30 sept.) — Lépine. Influence de la rate sur la sécrétion du pancréas. (*Lyon méd.*, 29 sept.) — Thayer. Pancréatite aiguë, abcès parapancréatique, nécrose graisseuse. (*Americ. j. of med. sc.*, oct.) — Sarfert. L'apoplexie du pancréas. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLII, 1.) — Chantemesse et Griffon. Hémorragie péri-pancréatique. (*Soc. anat. Paris.*, 12 juill.) — Maxson. Cancer du pancréas. (*N.-York med. j.*, 21 sept.) — Leith. Ruptures du pancréas, leurs rapports avec les kystes pancréatiques, traitement. (*Lancet*, 28 sept.)

Pansement. — Ducosté. De l'emploi de l'eau chaude en chirurgie. (*Thèse de Paris.*) — Gazzam. Technique chirurgicale aseptique. (*Americ. med. Bull.*, 1er sept.) — Lane. Une année d'expérience de l'emploi du soufre en chirurgie. (*Med. chir. Trans.*, LXXVIII, p. 53.) — Zajonczkowski. Sur les microbes du catgut et sa stérilisation. (*Przegl. chirug.*, juill.) — Michaux. Stérilisation des éponges par la vapeur d'alcool. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 453.) — Périer. L'adhésol, nouveau vernis antiseptique adhérent aux muqueuses et à la peau. (*Ibid.*, XXI, 472.) — Henrotay. De la suture intradermique. (*Ann. Soc. méd. Anvers*, juill.)

Paralysie. — Donath. Des paralysies faciales récidivantes. (*Wiener med. Woch.*, 22 déc. 1894.) — Esson. Rétrécissement de la fente palpébrale dans un cas de paralysie faciale. (*N. York eye and ear inf. Rep.*, III, 1.) — Ormerod. La paraplégie et ses causes ordinaires. (*Practitioner*, oct.) — Goukovsky. Un nouveau type d'hémiplégie alterne (hypoglosse gauche et membres droits). (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, mai-juin.) — Joa-

CHIMSTAHL. Sur l'adaptation du corps dans les états paralytiques des extrémités abdominales. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXXIX, 3.) — KŒNIG. Hémianopsie transitoire et diminution du champ visuel dans un cas de paralysie cérébrale infantile. (*Arch. f. Psych.*, XXVII, 3.) — TREVELYAN. Anatomie pathologique d'un cas de paralysie générale. (*Brain*, n° 70.)

Paralysie générale. — PANAS. Troubles oculaires dans la paralysie générale. (*Journ. des Praticiens*, 7 sept.) — L. RONCORONI. Le traitement des altérations du langage dans la paralysie générale. (*Giorn. Accad. di med. Torino*, juin, p. 300.)

Pathologie. — CHARRIN. Pathologie animale et pathologie végétale. (*Mercredi méd.*, 16 oct.) — Ch. BOUCHARD. Traité de pathologie générale. (Tome I, *Paris.*) — GALVAO. Conception moderne des diathèses. (*Ann. Soc. med. Bahia*, août.)

Paupière. — Van MILLINGEN. Statistique sur le trachome. (*Ann. d'ocul.*, sept.) — GRADLE. Traitement de la blépharite. (*Medicine*, oct.) — CHEVALLEREAU. Opération de l'entropion granuleux. (*France méd.*, 18 oct.) — JORDAN. De l'autoplastie de la paupière. (*Deut. med. Woch.*, 7 nov.)

Peau. — HEITZMANN. Histologie normale et pathologie du tissu graisseux sous-cutané. (*Arch. f. Dermat.*, XXXII, 3.) — REGNAULT. Pourquoi les nègres sont-ils noirs? Etude sur les causes de la coloration de la peau. (*Méd. moderne*, 2 oct.) — DARIER. L'histologie pathologique des maladies de la peau d'après les travaux de Unna. (*Ann. de derm.*, VI, 10.) — BLASCHKO. Auto-intoxication et maladies de la peau. (*Berl. klinik*, 87.) — THOINESCO. Etiologie générale des dermatoses. (*Thèse de Paris.*) — MICHEL. Trophonévrose cutanée de la nuque. (*Loire méd.*, 15 sept.) — BARENDT. Obs. de cheiro-pompholix. (*Brit. j. of derm.*, oct.) — PYE-SMITH. Affections cutanées dans le cours du mal de Bright. (*Ibid.*, sept.) — STOCKTON et WILLIAMS. Deux cas de nécrose graisseuse. (*Americ. j. of med. sc.*, sept.) — HARTZELL. Cas unique de folliculite agminée d'origine parasitaire. (*Amer. derm. Ass.*, 17 sept.) — FRAENKEL. Sarcome multiple de la peau. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 mars.) — H. FOURNIER. Hygiène générale de la peau et du cuir chevelu. (In-18, 160 p., *Paris.*) — SMITH. Régime dans l'étiologie et le traitement des maladies de la peau. (*Brit. j. of derm.*, oct.) — HUCHARD. L'asepsie et l'antisepsie de la peau dans les infections d'origine cutanée chez les enfants. (*Journ. des Praticiens*, 7 sept.)

Péritoine. — ROBINSON. Sur les ligaments péritonéaux. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 13 juill.) — DE KLECKI. Pathogénie de la péritonite d'origine intestinale, étude méthodique de la virulence du colibacille. (*Ann. Inst. Pasteur*, IX, 9.) — KIRMISSON. Péritonite à pneumocoques chez un enfant de 7 ans et demi, opération, guérison. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 366.) — BOISLEUX. De la pelvi-péritonite chronique et aiguë, son traitement. (*Clinique franç.*, 25 mai.) — FRANK. Péritonite septique. (*Med. News*, 19 oct.) — A. J. GOUREWITCH. Hypertrophie diffuse de l'intestin par suite de péritonite chronique. (*Vratch*, 3 août.) — MÉGRAT. De la laparotomie dans la péritonite généralisée chez la femme. (*Ann. de gyn.*, oct.) — LOCKWOOD. Traitement chirurgical de la péritonite septique. (*Med. chir. Trans.*, LXXVIII, p. 1.) — OBOLENSKI. Diagnostic des adhérences gastro-hépatiques. (*Mediz. Obosren.*, XLIII.) — THOMSON. Aspects chirurgicaux de la péritonite tuberculeuse. (*Practitioner*, nov.) — RICHELOT. Péritonite tuberculeuse.

(*Union méd.*, 3 avril.) — ZIEGLER. Péritonite tuberculeuse guérie par la laparotomie. (*Münch. med. Woch.*, 17, p. 395.) — JORDAN. Guérison de la péritonite tuberculeuse par la laparotomie. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIII, 3.) — WHERRY. Laparotomie dans la péritonite tuberculeuse. (*Lancet*, 5 oct.) — CONDAMIN. De la laparotomie vaginale dans le traitement de la péritonite tuberculeuse à forme pelvienne. (*Province méd.*, 25 mai.) — CORDIER. Irrigation péritonéale et drainage. (*Americ. j. of obst.*, oct.) — CLAUDE et Charles LÉVI. Du cancer colloïde du péritoine. (*Arch. gén. de méd.*, août.)

Peste. — CALMETTE, YERSIN et BORREL. La peste bubonique, 2e note. (*Arch. de méd. nav.*, sept.)

Pharmacologie. — CHAMPIER. Le myrouel des apothicaires et pharmacopoles. (In-8°, 56 p., *Paris.*) — GUINARD. A propos de l'action excito-sécrétoire de la morphine sur les glandes salivaires et sudoripares. (*Lyon méd.*, 1er sept.) — STICKLER. Quelques investigations originales démontrant l'antagonisme entre la morphine et la cocaïne. (*Medical Record*, 28 sept.) — J. J. DOTCHEWSKI. Action immédiate de la digitale sur le système nerveux. (*Vratch*, 20 juill.) — BOUSQUET. Les digitalines. (*Presse méd.*, 25 mai.) — PRENTIN et MORGAN. Anhalonium Lewini, son action physiologique. (*Therap. Gaz.*, 16 sept.) — SEMMOLA. Propriétés sudorifiques de la picrotoxine. (*Lancet*, 14 sept.) — J. J. DOTCHEWSKI. Sur l'action physiologique et thérapeutique de l'extrait de racine apocyni cannabini. (*Vratch*, 10 août.) — ŒRTEL. Observations sur l'action du cannabis indica à hautes doses. (*Amer. med. Bull.*, 15 août.) — N. N. TOKAREW. Pharmacologie de l'émétine. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — GRAHE. Action de l'ephedra. (*Therap. Monats.*, sept.) — WEHRLIN. Des pepsines du commerce et de leur valeur thérapeutique. (*Thèse de Lausanne.*) — GAY. Etude pratique sur les émulsions d'huile de foie de morue. (*N. Montpellier méd.*, 32, p. 630.) — KRIEGER. Antitoxine et spermine, leurs rapports avec le chimisme naturel. (*Medicine*, oct.) — DRESER. Pharmacologie du bromure d'éthyle. (*Arch. f. exper. Path.*, XXXVI, 3.) — LUSINI. Comparaison entre l'action biologique respective de l'alloxane, de l'alloxanthine et de l'acide parabanique. (*Arch. ital. de biol.*, XXIV, 1.) — GRÉHANT. Sur la toxicité de l'acétylène. (*Acad. des sc.*, 21 oct.) — NICOLAS et RAOULT-DESLONGCHAMPS. Sur la chloroline (*Lyon méd.*, 1er sept.) — EICHENGRUN. De l'iodoforme. (*Ther. Mon.*, sept.) — DE FILIPPI. Recherches expérimentales sur la ferratine. (*Giorn. Accad. di med. Torino*, p. 258, juin.) — F. BATTISTINI. Recherches sur les caractères de la ferratine commerciale. (*Ibid.*, p. 435, juill.-août.) — L. PAOLETTI. Sur l'action physiologique de la formaline. (*Ibid.*, p. 331, juill.-août.) — BURCKHARD. De l'action de la formaline. (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 9.) — SEIFERT. Du citrophène. (*Deut. med. Woch.*, 31 oct.) — G. G. LIKOUDI. Sur le pouvoir antiseptique des sels d'urane. (*Vratch*, 21 sept.) — L. MARAMALDI. Recherches expérimentales sur l'action biologique et toxique et sur le mécanisme d'action des sels de zinc. (*Progresso medico*, 28 juin.) — HAUSER. De l'action du phosphore. (*Arch. f. exp. Path.*, XXXVI, 3.) — ROSEMANN. De la toxicité de l'acétylène. (*Ibid.*) — BINZ. De l'oxydation des acides arsénieux par les sucs organiques. (*Ibid.*)

Pharynx. — DELAVAN. Influence des maladies chroniques de la gorge sur certains troubles de la parole, en particulier le bégaiement. (*N.-York med. j.*, 21 sept.) — SIEBENMANN. Note additionnelle sur un premier travail sur la pharyngomycose leptotricique. (*Arch. f. Laryng.*, III, 1.) — DEMME. Pemphigus aigu du pharynx. (*Soc. lar. Berlin*, 8 juin.) — HAMON DU FOUGERAY.

De l'emploi de l'huile mentholée au 10e dans les rhino-pharyngites chroniques. (*Ann. mal. de l'or.*, août.) — Evans. Végétations adénoïdes du naso-pharynx. (*Med. Record*, 31 août.) — Helme. La question des végétations adénoïdes tuberculeuses. (*Union méd.*, 7 sept.) — Hopmann. Des tumeurs adénoïdes comme manifestation de l'hyperplasique de l'anneau lymphoïde de la gorge et de ses rapports avec l'organisme. (*Samml. Abhand. Gebiete der Nasen.-Krankh.*, 5.) — Toti. De l'extirpation des tumeurs adénoïdes et leur fréquence à Florence. (*Riv. di patol. mal. della gola*, II, 4.) — Barr. Traitement des tumeurs adénoïdes. (*Lancet*, 14 sept.) — Tendeloo. Pathologie des diverticules du pharynx. (*Thèse de Leyde*, 1894.) — Baurowicz. Etiologie des rétrécissements du pharynx. (*Arch. f. Laryng.*, III, 3.) — Minski. Développement et signes des polypes de la gorge et des voies digestives supérieures. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLI, 6.) — Bowlby. Deux cas de fibro-angiome du naso-pharynx, opération. (*Lancet*, 12 oct.) — Monbouyran. Les tumeurs rares du naso-pharynx. (*Thèse de Paris.*) — Scheinmann. Sarcome de la gorge. (*Soc. lar. Berlin*, 8 juin.) — Stoker. Procédé d'ablation des tumeurs naso-pharyngiennes sans hémorragie par le pédicule. (*Brit. med. j.*, 2 nov.) — Depage. Quatre extirpations du pharynx. (*Ann. Soc. belge chir.*, III, 5.) — Depage. Deux cas de cancer du pharynx, un opéré par pharyngectomie, un autre inopérable; gastrostomie pour l'alimentation. (*Ibid.*, III, 6, p. 195.)

Phtiriase. — Artault de Vevey. Deux cas de pédiculose accidentelle et intermittente chez l'homme. (*Soc. de biol.*, 26 oct.) — M. Baudouin. Quelques cas de phtiriase des paupières. (*Progrès méd.*, 28 sept.)

Physiologie. — Starling. Eléments de physiologie. (*Londres.*) — Davis. Physiologie élémentaire. (*Ibid.*) — Stewart. Manuel de physiologie. (*Ibid.*) — Ch. Richet. Dictionnaire de physiologie. (1er et 2e fasc., *Paris.*) — Onimus. Pénétration de la lumière dans les tissus vivants. (*Soc. de biol.*, 16 oct.)

Pied. — Walsham et Hughes. Les difformités du pied, leur traitement. (In-8°, 550 p., *Londres.*) — Osborne. Métatarsalgie de Morton, névrite, résection, guérison. (*N.-York med. j.*, 31 août.) — Ferron. Résultats éloignés d'une tarsectomie postérieure totale. (*Rev. orthop.*, 1er sept.) — Ménard. Tuberculose grave du tarse postérieur et de l'articulation tibio-tarsienne traitée par la postéro-tarsectomie typique partielle et totale. (9e *Cong. franç. chir.*) — Kirmisson. Manuel opératoire et résultats des arthrodèses du pied. (*Ibid.*) — Phocas. Hypertrophie partielle congénitale du pied, amputation. (*Ibid.*) — Hyde. Mycétome du pied. (*Americ. derm. Ass.*, 17 sept.) — Narath. Angio-endothéliome pulsatile du pied. (*Arch. f. klin. Chir.*, L, 4.) — Moore. Ablation de l'astragale pour un pied bot. (*N.-York med. j.*, p. 406, 28 sept.) — Swan. Une nouvelle opération pour la cure de la rotation interne de la cuisse après un varus équin compliqué ; essai sur l'explication anatomique et étiologique de la distorsion. (*Dublin journ.*, oct.) — Little. Traitement du pied bot équin résistant chez l'adulte et l'adolescent. (*Brit. med. j.*, 19 oct.) — Hoffa. Etiologie et traitement du pied plat. (*Arch. f. klin. Chir.*, LI, 1.) — Lovett et Dane. Du pied plat. (*N.-York med. j.*, p. 405, 28 sept.)

Pityriasis. — West. Pityriasis rubra pilaris. (*Brit. j. of Dermat.*, sept.) — Liddell. Pityriasis subra avec examen histologique. (*Ibid.*)

Placenta. — Eden. Développement et structure normale du placenta humain.

(*Trans. obst. Soc. London*, XXXVII, p. 205.) — DORAN. Polype du placenta. (*Ibid.*, p. 229.) — NICHOLS. Méthode rationnelle d'expulsion du placenta. (*Med. Record*, 17 août.) — BUREAU. Accouchement d'une morphinomane, preuve clinique du passage de la morphine à travers le placenta. (*Soc. obst. Paris*, 11 juillet.) — KEILMANN. Du développement du placenta prœvia. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXIII, 1.) — BRINDEAU. Placenta prœvia, accouchement spontané par le passage de la tête à travers le placenta. (*Arch. de tocol.*, sept.) — MIRRACHI. Traitement de l'hémorragie par insertion vicieuse du placenta. (*Journ. des Praticiens*, 21 sept.) — BAUMM. Traitement du placenta prœvia. (*Cent. f. Gynaek.*, 28 sept.) — AUVARD. Placenta prœvia, extraction manuelle du fœtus, sortie du placenta avec le fœtus, tamponnement intra-utérin, guérison. (*Arch. de tocol.*, sept.) — HIRIGOYEN. Traitement du placenta prœvia par le tamponnement vaginal. (*Bull. méd.*, 6 oct.) — LUGEOL. Myxome non vésiculaire du placenta. (*Ibid.*, 6 oct.)

Plaie. — ZUNTZ et FRANK. Etude sur le traitement des plaies. (*Americ. med. Bull.*, 15 août.) — RECLUS. Sur la conservation systématique dans les écrasements des membres. (9[e] *Cong. franç. chir.*) — MARCY. Technique chirurgicale des plaies aseptiques. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 10 août.) — BLUNNER. De l'action pathogène du protée vulgaire et de ses rapports avec l'infection des plaies. (*Münch. med. Woch.*, 5.)

Plèvre. — BARD. Des phénomènes de flot dans les épanchements pleuraux. (*Lyon méd.*, 15 sept.) — TAYLOR. Cause de l'égophonie. (*Med. chir. Trans.*, LXXVIII, p. 127.) — GÉRARD. Considérations théoriques sur le traitement de l'exsudat fibrineux et de l'épanchement dans la pleurésie et la péricardite. (*Bull. gén. de thérap.*, p. 66, 1[er] août.) — EVELYN. Un cas de pleurésie hémorragique. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 28 sept.) — WILSON. Traitement de la pleurésie aiguë par l'incision précoce. (*London clin. Soc.*, 25 oct.) — LAMPE. Des abcès sous-phréniques. (*Münch. med. Woch.*, 20, p. 461.) — HASSLER. Pleurésie purulente intra-pneumonique. (*Lyon méd.*, 8 sept.) — HEUBNER. Pleurésie purulente traitée par l'opération de Bülau et Curschmann. (*Berlin. klin. Woch.*, 8 avril.) — AWDYKOWITCH. Un cas d'empyème guéri par le procédé de Lewaschew. (*Vratch*, 10 août.) — ASHHURST. Traitement chirurgical de l'empyème. (*Trans. Americ. surg. Ass.*, XII.) — MONOD. Fistule pleurale suite d'empyème; résection des 5[e], 6[e], 7[e] et 8[e] côtes. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 298.)

Poil. — REGNAULT. Anomalies du système pileux chez l'homme. (*Méd. mod.*, 6 nov.) — EHRMANN. De la folliculite sclérosante, traitement; de la formation de groupes pileux. (*Arch. f. Dermat.*, XXXII, 3.)

Poumon. — CARY. Cause de la différence entre les résultats de l'examen de la poitrine en état de santé et de maladie. (*Americ. j. of med. sc.*, oct.) — SIEVEKING. Sur les pertes de substance du poumon congénitales et acquises dans la première enfance. (*Münch. med. Woch.*, 4.) — LÉVI. Congestion œdémateuse pulmonaire aiguë primitive. (*Arch. gén. de méd.*, oct.) — BONARDI. Démonstration du pouvoir pathogène du pneumo-bacille. (*Morgagni*, août.) — PIO FOA. Nouvelles recherches sur l'infection pneumococcique. (*Giord. Accad. di med. Torino*, p. 371, juill.-août.) — A. VOISIN. Pneumonie double compliquée de muguet. Hypothermie, adynamie. Bons effets des bains froids. (*Union méd.*, 14 sept.) — W. Th. PETROW. La leucocytose dans la pneumonie, ses variations sous l'influence du mercure à petites doses. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — MADER. Un cas de pneumonie inter-

mittente à diplocoques. (*Wiener klin. Woch.*, 22.) — Discussion à l'Association britannique sur la pneumonie lobaire aiguë, étiologie, symptômes, traitement. (*Brit. med. j.*, 9 nov.) — Catrin. Mortalité et traitement de la pneumonie. (*Soc. méd. des hôp.*, 26 juill.) — Fraenkel. Abcès chronique du poumon avec anthracose. (*Berlin. klin. Woch.*, 14 mars.)—Koudintzew. De l'opération des abcès du poumon. (*Vratch*, 13 juill.) — Reclus. La chirurgie du poumon. (*Gaz. hebd. Paris*, 12 oct.) — Plicque. Les formes curables de la gangrène pulmonaire. (*Gaz. méd. Paris*, 31 août.) — F. Krause. Du traitement chirurgical de la gangrène pulmonaire avec plèvre intacte. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 avril.) — Péan. Quelques cas de chirurgie du poumon. — Bazy. De l'incision exploratrice de la plèvre dans les lésions pulmonaires. — Tuffier. Résection du sommet du poumon droit pour tuberculose. — Michaux. Intervention sur le poumon dans les cas de traumatisme et d'affections médicales. — Walther. Pneumotomie pour dilatation bronchique. — Jonnesco. Pneumotomie pour kyste hydatique. — Marchant. Deux cas de pyopneumothorax. — Doyen. Trois cas de chirurgie du poumon. (9e *Cong. franç. chir.*)

Prostate. — Rochet. Moyen d'aborder la région prostatique de l'urètre et d'y tenter la cure radicale des angusties prostatiques. (*Province méd.*, 1er juin.) — Kuemmell. Du traitement chirurgical de l'hypertrophie prostatique. (*Berlin. Klinik*, 86.) — Przewalski. Sur le traitement opératoire de l'hypertrophie de la prostate. (*Vratch*, 12 oct.) — Cabot. Traitement de l'hypertrophie de la prostate. (*Boston med. Journ.*, 15 août.)—Watson. Traitement opératoire de l'hypertrophie de la prostate. (*Ibid.*, 15 août.) — Thayer. Castration pour hypertrophie de la prostate. (*Ibid.*, 22 août.) — White. Les résultats de la castration bilatérale pour l'hypertrophie de la prostate. (*Annals of surg.*, juill.) — Kendall. La castration dans l'hypertrophie de la prostate. (*Brit. med. j.*, 28 sept.) — Wossidlo. Castration pour hypertrophie prostatique, revue de 43 cas. (*Cent. f. Krank. d. Harn.*, VI, 5.) — Boeckmann. Castration dans l'hypertrophie prostatique. (*Northwestern Lancet*, 1er juin.) — Guyon. De la résection des canaux déférents et de son influence sur l'état de la prostate. (9e *Cong. franç. chir.*, oct.) — L. Isnardi. Traitement de l'hypertrophie prostatique par la ligature du canal déférent. (*Giorn. Accad. di med. Torino*, p. 368, juill.-août.) — Pavane. La résection des canaux déférents substituée à la castration dans l'hypertrophie de la prostate. (*Policlinico*, 11.) — Albarran. Castration dans l'hypertrophie de la prostate. — Desnos. Indication de la résection de la prostate chez les prostatiques. — Routier. Du cathétérisme rétrograde chez les prostatiques. (*Ibid.*) — Nienhaus. La question de la prostatectomie. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIV, 2.)

Psychologie. — Cullerre. Psychologie du vagabondage. Un vagabond qui se range. (*Ann. méd. psych.*. sept.) — Wright. Nature de l'élément physiologique dans l'émotion. (*Brain*, 70.)

Psychose. — Ferrari. La psychose polynévritique. (*Riv. sper. di freniat.*, XXI, 2 et 3.) — Mendel. Du délire hallucinatoire. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 juill. 1894.) — Capitan et Kortz. De la stupeur. (*Méd. moderne*, 16 oct.) — Thomsen. Des idées impulsives et des troubles psychiques similaires. (*Arch. f. Psych.*, XXVII, 2.) — Mathieu. Les phobies. (*Gaz. des hôp.*, 8 oct.)

Puerpéral (Etat). — Mcnamara. Prophylaxie de la fièvre puerpérale. (*Lancet*, 5 oct.)—A. Cerné. Relâchement de la symphyse pubienne dans l'état puer-

péral. (*Normandie méd.*, 15 oct.) — LABUSQUIÈRE. De l'exploration externe en obstétrique, son importance dans la prophylaxie de la fièvre puerpérale. (*Ann. de gyn.*, oct.) — WANNER. Deux complications rares de l'état puerpéral : gangrène par embolie de l'artère poplitée ; pyonéphrose. (*Münch. med. Woch.*, 16.) — KENNEDY. Septicémie puerpérale, guérison par l'antitoxine streptococcique. (*Lancet*, 2 nov.)—FRANK. Traitement de la septicémie puerpérale. (*Americ. j. obst.*, sept.) — VERCHÈRE. Traitement de la septicémie puerpérale. (*Bull. méd.*, 8 sept.) — PETERSON. L'hystérectomie dans l'infection puerpérale. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 17 août.)

Pyohémie. — ARLOING et CHANTRE. Sur les variations morphologiques et pathogéniques de l'agent de l'infection purulente chirurgicale. (*Arch. de phys.*, VII, 4.) — SCHMEICHLER. Un cas de pyohémie avec choroïdite métastatique. (*Wiener med. Woch.*, 17 août.)

R

Rachis. — DERCUM. 2 cas de railway spine. (*Journ. of nerv. dis.*, août.) — LAMBRET. Un cas d'hématorachis traumatique. (*Bull. méd.*, 11 sept.) — GROSS. Ostéochondrome de l'apophyse transverse gauche de la troisième vertèbre dorsale. Bourse muqueuse avec corps libres d'origine traumatique. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er sept.) — Paul RICHER. Note sur une déviation de la colonne vertébrale se rencontrant chez un grand nombre de sujets bien portants. (*Nouv. icon. de la Salpêtrière*, mai et juin, p. 158.) — HUMPHRY. Ankylose des vertèbres. (*Clinic. Sketches*, oct.) — LANNELONGUE. Mal de Pott dorso-lombaire. Atrophie musculaire de la cuisse et abcès par congestion. (*Bull. méd.*, 6 oct.) — LOVETT. Traitement ambulatoire du mal de Pott. (*Americ Orthop. Ass.*, 17 sept.) — SAYRE. 4 cas de spondylite cervicale. (*Ibid.*) — WEIGEL. Support mécanique pour le traitement de la scoliose. (*Ibid.*) — REDARD. Des corsets dans le traitement des scolioses. (*Rev. internat. de thérap.*, 15 sept.) — LABONNARDIÈRE. Gibbosité avec paralysie, résection des lames vertébrales. (*Lyon méd.*, 15 sept.) — CHIPAULT. Etat actuel de la chirurgie médullaire. (*Méd. moderne*, 14 sept.) — N. DE WOLKOWITCH. Chirurgie du rachis. (*Kieff.*) — FÜRSTNER. De l'ouverture du canal médullaire dans la spondylite et la compression de la moelle. (*Arch. f. Psych.*, XXVII, 3.) — A. CHIPAULT. 3 observations de ponction vertébrale. (*Trib. méd.*, 18 sept.) — PIÉCHAUD. De l'extension continue dans les affections du rachis. (*Bull. méd.*, 25 sept.) — SCHWAB. Tératome pénétrant dans le canal rachidien, région lombaire, chez un nouveau-né, opération, mort. (*Journ. méd. Paris*, 13 oct.) — BROCA. Tumeur congénitale sacro-coccygienne. (*Bull. soc. de chir.*, XXI, p. 309.) — KÖRTE. Résection de sacrum pour sarcome ; un an plus tard récidive dans la cicatrice et extirpation d'un chondrosarcome des parties molles. (*Berlin. klin. Woch.*, 6 mai.)

Rachitisme. — SALAGHI. Six mois à l'Institut des rachitiques de Milan. (*Lo Sperimentale, sezione clinica*, 2 et 3, p. 28 et 42.) — GARROD et FLETCHER. Les facteurs maternels du rachitisme. (*Brit med. j.*, 21 sept.) — LANNELONGUE. Rachitisme et luxation congénitale de la hanche. (*Bull. méd.*,

4 sept.) — DEMELIN. Diagnostic du rachitisme pelvien. (*Journ. des Pratic.* 31 août, p. 137.) — KAMPS. Du redressement spontané des déviations rachitiques du membre inférieur. (*Brit. z. klin. Chir.*, XIV, 1.) — PECKHAM. Les jambes bancales. (*Boston med. journ.*, 26 sept.) — LAGARD Note sur un cas de déformation rachitique des phalanges. (*Journ. de clin. inf.*, 29 août.)

Rage. — CORDIER. La rage à l'Institut Pasteur. (*Union méd. Nord-Es* 30 sept.) — BORDONI-UFFREDUZGI. Statistique de l'Institut antirabique muni cipal de Turin. (*Ann. Inst. Pasteur*, IX, 10.) — TIZZONI et CANTONNI. Pré paration du sérum antirabique et moyen de déterminer sa puissance. (*Lancet*, 14 sept.) — KRAÏOUCHKINE. Les vaccinations antirabiques à Saint-Pétersbourg, année 1894. (*Arch. sc. biol.*, *Saint-Pétersbourg*, IV, 1.) — DIATROPOW. Les vaccinations antirabiques à Odessa, 1894. (*Ibid.*)

Rate. — PILLIET. Anatomie pathologique de la rate mobile. (*Soc. de biolog.*, 26 oct.) — HARTMANN. 4 cas de rate mobile. (*9e Cong. franç. de chir.* et *Gaz. des hôp.*, 26 nov.) — SUTTON. 3 cas heureux de splénectomie. (*Lancet*, 19 oct.) — SPANTON. 3 cas de splénectomie. (*Brit. med. journ.*, 2 nov.) — W. ZYKOW. Sur la splénopexie. (*Vratch*, 7 sept.) — RYDYGIER. Traitement de la rate flottante par la splénopexie. (*Arch. f. klin. Chir.*, L, 4.) — PLÜCKHER. Splénoplexie pour la rate flottante. (*Cent. f. Chir.*, 5 oct.)

Rectum. — VAN HOOK. Perforation du rectum et du péritoine par empale ment. (*Med. News*, 12 oct.) — TILLAUX. Des rétrécissements partiels du rectum. (*9e Cong. franç. de chir.*) — DEMONS. De la dérivation des matières appliquée comme opération préliminaire à la cure de certains rétrécissements de l'œsophage et de certaines tumeurs du rectum. (*Ibid.*) — SCHEDE. Résection du rectum pour les rétrécissements ulcéreux. (*Arch. f. klin. Chir.*, L, 4.) — MATHEWS. Notes sur la chirurgie du rectum. (*Med. News.*, 12 oct.) — E. BOUCARD. De la méthode de Kraske dans le traitement des fistules recto-vaginales supérieures. (*Thèse de Nancy.*) — H. BOHM. De l'épithélium pavimenteux et du cancer épithélial pavimenteux du rectum. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXL, 3.) — GERSTER. Traitement du cancer du rectum. (*Ann. of surg.*, oct.) — HEUSTON. Observations sur l'excision du rectum pour tumeurs malignes. (*Dublin journ.*, sept.) — KELSEY. Quelques points sur l'extirpation du rectum. (*N.-York med. j.*, 12 oct.)

Rein. — HELM. Topographie du rein. (*Anat. Anzeiger*, XI, 4.) — CONITZER. Deux uretères de chaque côté. (*Berl. klin. Woch.*, 18 mars.) — TESSON. Fusion des deux reins. (*Soc. anat.*, *Paris*, 5 juil.) — CAUSSADE. Pathogénie des néphrites aiguës. (*Union méd.*, 19 oct.) — STENGEL. La fièvre dans le cours de la maladie de Bright et de l'urémie. (*Amer. j. of med. sc.*, nov.) — SENATOR. De l'hydropisie dans les maladies du rein. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 fév.) — MEMMINGER et KNOWLES. La néphrite au point de vue de la vitalité cellulaire individuelle. (*Med. News*, 2 nov.) — V. WUNSCHEIM. Etiologie de la néphrite suppurée. (*Zeit. f. Heilk.*, XV, p. 287.) — MANN. Rein granuleux après une néphrite scarlatineuse. (*Lancet*, 14 sept.) — KELLY. Diagnostic des affections uretérales et rénales chez la femme. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 17 août.) — J. SALVIOLI. Dégénérescence graisseuse du foie consécutive à la suppuration de la fonction rénale. (*Giorn. Accad. med. di Torino*, juillet-août.) — C. SACERDOTI. Sur l'hypertrophie compensatrice des reins. (*Ibid.*, p. 430.) — K. POLAKOW. Influence du bromure de lithium sur l'albuminurie et la sécrétion urinaire dans la néphrite parenchymateuse. (*Vratch*, 20 juil.) — CHÉRON. Traitement médicamenteux du

mal de Bright. (*Bull. méd.*, 29 sept.) — Jaccoud. Tuberculose rénale. (*Ibid.*, 9 et 20 oct.) — Bagot. Néphrectomie pour tuberculose du rein. (*Med. News*, 28 sept.) — Lavat. La chirurgie du rein. (*Thèse de Toulouse.*) — Weir. Traitement opératoire du rein chirurgical. (*Trans. Americ surg. Ass.*, XII.) — Mc Lane. La chirurgie du rein. (*Ibid.*) — Forbes. Un calcul rénal indigo. (*Trans. Americ. surg. Ass.*, XII.) — Casper. Traitement de la pyélite par les lavages du bassinet par les voies naturelles. (*Ther. Monats.*, oct.) — Pousson. Incision exploratrice et curative d'un rein lithiasique. (*Mercredi méd.*, 11 sept.) — Tuffier. Néphrolithotomie des petits calculs du rein. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 473 et *Journ. des Praticiens*, 7, p. 97.) — Colzi. Contribution à l'étude des anomalies d'abouchement des uretères et à la greffe des uretères à la vessie. (*Lo Sperimentale sez. biol.*, p. 37.) — Spaletta. Des anomalies de l'uretère (*Thèse de Paris.*) — Troisfontaines. Hydronéphrose par obstruction calculeuse de l'uretère. (*Ann. Soc. belge Chir.*, 15 sept.) — Donnadieu. Des effets de l'obstruction de l'uretère et du traitement de l'anurie obstructive par la néphrotomie systématique. (*Arch. clin. Bordeaux*, août.) — Küster, Lindner. Pathogénie des reins flottants et des blessures sous-cutanées du rein. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 mai.) — Legueu. Sur l'anatomie pathologique du rein mobile. (*Soc. anat. Paris*, 12 juil.) — Franks. Du rein mobile. (*Brit. med. j.*, 12 oct.) — Albarran. Etude sur le rein mobile. (*Gaz. méd. Paris*, 14 sept.) — Kofmann. Le rein mobile ; étude sur l'anatomie chirurgico-topographique des reins. (*Wiener med. Woch.*, 17 avril.) — Goullioud. De l'ectopie pelvienne congénitale du rein. (*Bull. méd.*, 15 sept.) — Lafourcade. Résultats de la néphrorraphie. (*Ibid.*) — Jaboulay. Méthode opératoire pour la néphropexie. (*Lyon méd.*, 29 sept.) — Roger et Bonnet. Note sur un cas de phlegmon périnéphrétique à pus stérile. (*Soc. méd. des hôpit.*, 5 juill.) — Courmont. Pyonéphrose, néphrectomie. (*Lyon méd.*, 1er sept.) — Picqué et Reblaub. Hémophilie rénale. — Tuffier. Des néphrectomies partielles dans les tumeurs bénignes du rein. — Lentz. Néphrolithotomie pour calcul volumineux du rein gauche. — Lavaux. 2 observations de gravelle phosphatique primitive. (*9e Cong. franç. de chir.*) — G. Brock. Une tumeur de la région rénale avec fibres musculaires striées. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXL, 3.) — Lantzenberg. Sarcome primitif du rein droit. (*Soc. anat. Paris*, 12 juil.) — Santi Rindone Lo Re. Sur l'extirpation des capsules surrénales. (*Riforma med.*, 7 mai, p. 375.)

Résection. — Doyen. Résection partielle du sternum, des clavicules et des premières côtes pour néoplasme malin. (*Arch. prov. de chir.*, IV, 10.). — Madelung. Résection temporaire de la clavicule. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIV, 1.) — Adler. Résection du coccyx pour douleurs dues à une fracture non consolidée. (*Med. News*, 28 sept.) — Vincent. Contribution clinique à l'étude de la résection pathologique de la hanche. (In-8, 348 p., *Paris.*) — Plimpton. La résection du genou comme méthode orthopédique. (*Americ. orthop. Ass.*, 17 sept.)

Respiration. Porter. Le rôle de l'inhibition dans la physiologie de la respiration. (*Journ. of nerv. dis.*, août.) — E. Aron. Représentation graphique de quelques types respiratoires de l'homme. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXXVII, 1.) — Laulanié. Sur un appareil pour la mesure des échanges respiratoires par la méthode de l'échantillonnage continu et proportionnel. (*Arch. de phys.*, VII, 4.) — Laulanié. De l'exploration du chimisme respiratoire. (*Ibid.*) — Wertheimer. Sur les variations du volume des membres liés à la respiration. (*Ibid.*) — Litten. Le phénomène du diaphragme utilisé, comme signe diagnostique. (*Berlin. klin. Woch.*, 4 fév.)

Rétine. — Marple. De l'embolie centrale de la rétine. (*N.-York eye and ear inf. rep.*, III, 1.) — Long. Embolie de l'artère centrale de la rétine. (*Lancet*, 12 oct.) — Masselon. Un cas typique d'hémorragie sus-rétinienne. (*Clin. opht.*, févr.) — Cutler. 3 cas de dégénérescence rétino-choroïdienne. (*Arch. of opht.*, XXVI, 3.) — Baquis. Décollement traumatique de la rétine. (*Soc. ital. di Ottalm.*, août.) — Bacchi. Tumeur de la rétine. (*Ibid.*) — Boteler. Un cas de gliome ; opération, guérison. (*Med. Record*, 31 août.) — Horsey. Gliome de la rétine. (*Ann. of opht.*, IV, 3.)

Rhumatisme. — Chvostek. Etiologie du rhumatisme articulaire. (*Wiener klin. Woch.*, 26.) — Grasset. Nature du rhumatisme articulaire aigu. (*N. Montpellier méd.*, 33, p. 645.) — Duclos. Des manifestations alternatives de l'arthritisme. (*Journ. des Prat.*, 23, p. 353.)

Rouget. — Babes, Starcovici et Cartiano. Recherches expérimentales sur le rouget du porc et la pneumo-entérite infectieuse. (*Ann. Inst. de bact. Bucarest*, V, p. 455.)

S

Salivaire. — Lindemann. Diagnostic des calculs salivaires. (*Münch. med. Woch.*, 10 oct.) — Moty. Traitement des fistules du canal de Sténon. (*Gaz. des hôp.*, 15 oct.)

Sang. — C. Zenoni. Sur l'apparition de globules rouges à noyau dans le sang qui circule. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXXIX, 1.) — G. Grijns. Recherches sur le sang sous les tropiques. (*Ibid.*) — Hodara. Y a-t-il des cellules plasmatiques dans les organes hématopoiétiques normaux de l'homme ? Contribution à l'étude des leucocytes mononucléaires. (*Ann. de dermat.*, VI, 10.) — Cowl. Sur la méthode hématocrite d'examen du sang. (*Med. Record*, 17 août.) — Marschner. Contribution à la technique de la numération des globules sanguins. (*Prager. med. Wochenschr.*, 34.) — G. Gottzmann. Les récentes recherches sur la leucocytose. (*Gaz. méd. du Sud de la Russie*, avril.) — Woronine. Sur la valeur biologique de la leucocytose inflammatoire. (*Acad. des Sc.*, 28 oct.) — Manca. Influence de la fatigue musculaire sur la résistance des globules rouges du sang. (*Lo Sperimentale, sez. biologica*, p. 473, 1894.) — Manca. Influence de la cocaïne sur la résistance des globules rouges du sang. (*Ibid.*, p. 486.) — Castellino. Sur la nature du zymogène du fibrino-ferment du sang. (*Arch. ital. de biol.*, XXIV, 1.) — Tcherevkoff. Sur le ferment amycolytique du sang. (*Arch. de phys.*, VII, 4.) — Heller, Mager et V. Schrötter. De la proportion d'hémoglobine et de son poids spécifique chez 100 hommes bien portants. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVIII, 5 et 6.) — Arthus. Procédé permettant d'obtenir facilement et rapidement des cristaux d'oxyhémoglobine. (*Soc. de biol.*, 26 oct.) — Miquel. De la stérilisation du sérum de sang au moyen des filtres en biscuit. (*Ann. de microg.*, juin.) — Schubert. La saignée et les excrétions vicariantes. (*Berlin. klin. Woch.*, 15 avril.)

Sarcome. — Roncali. Les blastomycètes dans le sarcome. (*Cent. f. Bakt.*,

XVIII, 14.) — Snow. La non-existence du sarcome à cellules rondes comme forme distincte de tumeur. (*London path. Soc.*, 5 nov.)

Scarlatine. — Gocht. Scarlatine chez les accouchées. (*Thèse d'Erlangen.*) — A. Josias. Traitement de la scarlatine. (*Tribune méd.*, 25 sept.)

Sclérodermie. — Marianelli. Etude de la sclérodermie. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXX, 3.) — Friedheim. Observations de sclérodermie. (*Münch. med. Woch.*, 19.)

Scorbut. — Barlow et Elkind. Le scorbut infantile et ses rapports avec le rachitisme. (*Cent. f. inn. Med.*, 25 mai.) — Teremetzki. Action du lait gazéifié sur l'échange azoté chez les scorbutiques. (*Thèse de St.-Pétersbourg.*)

Sensibilité. — Ottolenghi. La sensibilité et l'âge. (*Arch. ital. de biol.*, XXIV, 1.) — Stcherback et Ivanoff. Un cas de polyesthésie et de macroesthésie. (*Arch. de méd. exp.*, VII, 5.)

Sérothérapie. — Bouchard. Les théories de l'immunité, sérothérapie et vaccination. (*Rev. scientif.*, 24 août.) — Bokenham. L'antitoxine streptococcique. (*Brit. med. j.*, 14 sept.) — V. Salvati et L. de Gaetano. Immunisation contre les lésions chirurgicales dues au coli-bacille et traitement de ces lésions par les toxines et le sérum antitoxique. (*Riforma med.*, 20 et 21 mai.)

Sommeil. — Hirsch. Du sommeil, de l'hypnose et du somnambulisme. (*Deut. med. Woch.*, 5 sept.)

Spina bifida. — Eve. Spina bifida, excision du sac. (*Brit. med. j.*, 21 sept.) — Howitt. Procédé opératoire dans le spina bifida. (*Med. Record.*, 24 août.)

Strabisme. — Bull. 612 cas de strabisme. (*N.-York med. j.*, 24 août.) — Vignes. Traitement du strabisme. (*Presse méd.*, 7 sept.) — Reymond. Sur l'emploi du stéréoscope dans le traitement du strabisme. (*Soc. ital. di ottalm.*, 26 août.) — Black. Méthode de suture dans l'avancement des muscles. (*Arch. of opht.*, XXIV, 3.)

Suppuration. — Kaufmann. Remarques sur le travail de Poliakoff, la suppuration avec ou sans microorganismes. (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 9.)

Surdi-mutité. — Thornton. Education des sourds-muets. (*Practitioner*, nov.)

Syphilis. — Juliano Moreira. La syphilis chez les vieillards. (*Ann. soc. med. Bahia.*, août.) — Pellizzari. Syphilis galopante. (*Lo Sperimentale, sez. clinica.*, 11, p. 202.) — Weber. Syphilis et maladie lardacée. (*Amer. j. of med. sc.*, nov.) — Gamberini. Le rhumatisme, la syphilis et les maladies vénériennes. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXX, 3.) — Fouchard. 4 cas d'accidents oculaires graves consécutifs à une syphilis constitutionnelle transmise des nourrissons à leurs nourrices, observés chez les nourrices ou leurs maris. (*Cliniq. opht.*, avril.) — Tchistiakow. Période condylomateuse de la syphilis, sa durée, contagiosité des manifestations tardives. (*St.-Pétersbourg*, 1894.) — Mickle. Syphilis du système nerveux. (*Brain*, 70.) —

DEBOVE. Tumeur cérébrale syphilitique. (*Méd. moderne*, 7 sept.) — PIC. Un cas de syphilis cérébrale à forme méningitique. (*Prov. méd.*, 18 mai.) — VIALLE. Syphilis cérébrale infantile. (*L'actualité méd.*, 15 oct.) — MONCORNE. De l'influence étiologique de l'hérédo-syphilis sur la sclérose en plaques chez les enfants. (*Revue mal. de l'enfance*, sept.) — CARDARELLI. Influence de la syphilis sur l'ataxie. (*Gaz. Osped.*, n° 96.) — ADAMKIEWICZ. Des lésions syphilitiques de la moelle. (*Wien. med. Presse*, 27 janv.) — COHN. Syphilis hémorragique des nouveau-nés ou septicémie. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XXI, 5.) — SILEX. Lésions graves d'une syphilis congénitale méconnue. (*Berl. klin. Woch.*, 21 janv.) — DUCKWORTH. Mort subite par syphilome cardiaque. (*London clin. Soc.*, 11 oct.) — LOOMIS. Lésions syphilitiques du cœur. (*Americ. j. med. sc.*, oct.) — GOTTHEIL. Pseudo-chancre. (*N.-York med. j.*, 28 sept.) — LEDERMANN. Chancre de la joue. (*Soc. berlin. de derm.*, 9 juillet.) — LEWIN. Gommes du pharynx, du larynx et de la langue. (*Ibid.*) — RUTTEN. Syphilome énorme de la paroi latérale droite de la gorge et du cou pris pour un sarcome. (*Ann. mal. de l'or.*, sept.) — TROUSSEAU. La kératite interstitielle dans la syphilis acquise. (*Ann. d'ocul.*, sept.) — BRUCK. Plaques muqueuses des deux oreilles. (*Berl. klin. Woch.*, 18 fév.) — Leopold LÉVI. Un cas de néphrite syphilitique héréditaire tardive. (*Archives de médecine*, août.) — JULIANO MOREIRA. Saturnisme et syphilis. (*Ann. soc. med. Bahia.*, janv.) — FIGUEIREDO. Pneumonie syphilitique. (*Ibid.*) — MANTEGAZZA. Des dermatoses syphilitiques. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXX, 3.) — TOMMASOLI. Syphilis et kératose folliculaire. (*Ibid.*) — CLEMENTE. Des réinfections syphilitiques. (*Ibid.*) — MORGAN, EVES, etc. Des affections syphilitiques congénitales des os et des articulations. (*Brit. med. j.*, 21 sept.) — JONES. Affection osseuse par syphilis congénitale. (*Med. News*, 26 oct.) — DE GRANDMAISON. 2 cas d'ostéite syphilitique du tibia. (*Méd. moderne*, 11 sept.) — MAURIAC. Traitement de la syphilis. (In-8°, 832 p., *Paris*, 1896.) — O. PETERSEN. Sur les moyens de lutter contre la syphilis en Russie. (*Vratch*, 3 août.) — A. WIEWIOROWSKI. Premiers essais de traitement de la syphilis condylomateuse par le sérum des syphilitiques gommeux. (*Ibid.*, 27 août.) — COTTERELL. Traitement de la syphilis par les injections d'antitoxine syphilitique. (*Brit. j. of derm.*, nov.) — ZIEMSSEN. Réfutation des critiques de Lewin (*R. S. M.*, XLVI, 214.) sur le danger des frictions mercurielles. (*Berlin. klin. Woch.*, 29 avril.) — SOFFIANTINI. Sur l'efficacité rapide des injections intramusculaires de calomel. (*Riforma med.*, 31 juill.) — BURNHAM. Traitement de la syphilis oculaire par le mercure, l'iodure et la pilocarpine combinés. (*Arch. of opht.*, XXIV, 3.)

T

Teigne. — COURMONT. Etudes expérimentales sur quelques cas de teignes exotiques. (*Lyon méd.*, 1er sept.) — KELLOG. Aspect et anatomie des godets faviques. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXI, 9.) — PELLIZZARI. Du polymorphisme trichophytique et, en particulier, d'une forme clinique non déduite. (*Lo Sperimentale, sez. clin*, 14, p. 266.) — FEULARD. La pelade chez les enfants. (*Gaz. hebd. Paris*, 9 nov.) — AUDRAIN. De la pelade, valeur des cheveux cassés. (*Ann. de dermat.*, VI, 10.) — Ch. FÉRÉ. La pelade post-épileptique. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, juill. et août, p. 214.)

Température. — Knoll. Action du froid sur les animaux à sang chaud. (*Arch. f. exper. Path.*, XXXVI, 3.) — Frœlich. De la régularisation de la température animale chez l'homme. (*Prager med. Woch.*, 30.) — Regnard. Sur la température des animaux immergés dans l'eau. Action de très basses températures sur les animaux aquatiques. (*Soc. de biol.*, 19 oct.) — Barlow. Variations de la température dans la bouche à l'état de santé sous l'influence des applications locales de chaud et de froid. (*Lancet*, 26 oct.) — Maragliano. Du cycle thermique des maladies infectieuses aiguës. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 fév.

Tendon. — Staffel. Luxation des tendons péroniers. (*Cent. f. Chir.*, 5 oct.) — Allen. Luxation du tendon du long péronier. (*Brit. med. j.*, 9 nov.) — Walsham. Traitement de la luxation du tendon du long péronier. (*Ibid.*, 2 nov.) — Riese. Des corps riziformes dans les synovites tuberculeuses. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLII, 1.) — Krafft. Cas de suture tendineuse illégitime. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIV, p. 626.)

Ténia. — V. Babes. Sur le bothriocephalus latus et l'anémie consécutive qu'on observe en Roumanie. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXLI, 1.)

Testicule. — Pousson. Analgésie de la vaginale par l'antipyrine dans le traitement de l'hydrocèle. (*Mercredi méd.*, 11 sept.) — Lockwood. Cure radicale de l'hydrocèle par l'excision du sac. (*Lancet*, 19 oct.) — Floersheim. Traitement de l'hydrocèle vaginale. (*Journ. des Praticiens*, 7, p. 101.) — Pousson. Technique opératoire du traitement de l'hydrocèle par l'injection iodée. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, sept.) — Dardignac. Sur la varicocèle et son traitement. (*Rev. de chir.*, sept.) — Griffiths. Effets sur le testicule de la ligature de l'artère ou des veines spermatiques ou des deux à la fois. (*Journ. of anat.*, oct.) — Freyhan. Tuberculose génito-urinaire limitée au côté gauche, consécutive à l'ablation de l'épididyme droit tuberculeux. (*Berlin. klin. Woch.*, 8 avril.) — Brault. Deux observations d'ectopie testiculaire, remarques sur la migration de la glande spermatique. (*Arch. prov. de chir.*, IV, 9.) — Dubar. Carcinome encéphaloïde du teslicule et hématocèle. (*Bull. méd. Nord*, 25 oct.) — Parlavecchio. Suture du canal déférent. (*Gaz. d. Ospit.*, 31 août.) — Guelliot. Suture du scrotum. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, oct.) — Fordyce. Angio-kératome du scrotum. (*Amer. med. Ass.*, 17 sept.)

Tétanie. — Bonome et Cervesato. La tétanie idiopathique des enfants. (*Pediatria*, mai.) — Godart-Danhieux. Un cas de tétanie d'origine gastrique. (*La policl., Bruxelles*, 1er oct.) — Léon Colin. Rapports sur l'épidémie de tétanie observée à la maison départementale de Nanterre. (*Compte-rendu des séances cons. salubr. Seine*, I, n° 7.)

Tétanos. Babes. Recherches sur le tétanos. (*Ann. Inst. bactér. Bucarest*, V, p. 342.) — Milner. Tétanos idiopathique, suite de grippe. (*Lancet*, 5 oct.) — Carbone et Perrero. Etiologie du tétanos rhumatismal. (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 7.) — Gumprecht. Critique des nouveaux travaux sur l'action du poison tétanique. (*Deut. med. Woch.*, 17 oct.) — Gouguenheim. Un cas de tétanos céphalique. (*Union méd.*, 28 sept.) — Abelin. Tétanos consécutif à une morsure de la langue chez une éclamptique. (*Bull. méd.*, 6 oct.) — Vaillard. Sur l'emploi du sérum des animaux immunisés contre le tétanos. (*Arch. de méd. mil.*, oct.) — Tirard. Tétanos traumatique guéri par l'antitoxine. (*Lancet*, 2 nov.)

Thérapeutique. — Liebreich. Encyclopédie de thérapeutique. (I, 1re p., *Berlin*.)

— F. Leonhardi. Variations de la thérapeutique médicale dans notre siècle. (*Leipsig.*) — Metzquer. De l'impressionnabilité individuelle pour un ou plusieurs médicaments. (*Gaz. des hôp.*, 12 sept.) — Doses des médicaments suivant les âges. Disc. à la Brit. Ass. (*Brit. med. j.*, 21 sept.) — Sokanowski. Influence du repos et du mouvement sur la rapidité de l'absorption stomacale de certains médicaments chez l'homme sain. (*Vratch*, 5 oct.) — Bersonoff. Sur l'influence de l'alcool, du sucre de canne, des substances mucilagineuses et amylacées sur l'absorption stomacale de certains médicaments chez l'homme sain. (*Ibid.*, 3 oct.) — Purdon. Notes sur d'anciens remèdes végétaux. (*Dublin journ.*, sept.) — Davis. Poudres antiseptiques. (*Therap. Gaz.*, 16 sept.) — Free. La digitale. (*N. York med. j.*, 26 oct.) — Wessinger. Valeur thérapeutique de l'oléo et du carbonate de créosote. (*Ibid.*, 5 oct.) — N. Esaouloff. Le kéfir. Etude bactériologique et chimique. (*Thèse de Moscou.*) — Herz. Du nosophène. (*Monats f. prakt. Dermat.*, XXI, 8.) — Laugier. Inconvénients des inhalations d'acide acétique dans la syncope. (*Ann. d'hyg. publ.*, fév.) — Bresslauer et Joachim. Valeur du sulfonal, du trional et du tétronal. (*Cent. f. ges. Therap.*, août.) — Spitzer. Le trional comme hypnotique et sédatif, 25 observations. (*Wiener klin. Woch.*, 23.) — Quincke. Du fer en thérapeutique. (*Samml. klin. Vort.*, n° 129.)

Thorax. — F. Antony. Un cas d'hypertrophie diffuse de la poitrine. (*Boston med. journ.*, 22 août.) — Clark. Côtes cervicales. (*Brit. med. j.*, 9 nov.) — Drenkhahn. Guérison d'une tumeur du médiastin. (*Therap. Monats.*, oct.)

Thrombose. — Eliot. Thrombose artérielle cérébrale. (*N. York med. j.*, 24 août.) — Herman. Phlegmatia alba double chez une jeune vierge n'ayant qu'un peu d'anémie. (*Lancet*, 5 oct.)

Thymus. — Bayer. Sur la présence d'un thymus volumineux chez un enfant mort dix minutes après la fin de la chloroformisation. (*Bull. Soc. de Chir.*, XXI, p. 312.)

Thyroïde. — Ashmead. Etiologie et cure naturelle du goitre. (*N. York med. j.*, 24 août.) — Holmes. Goitre sporadique, variétés, résultats du traitement moderne. (*Lancet*, 9 nov.) — Munson. Le goitre chez les Indiens des Etats-Unis. (*N. York med. j.*, 26 oct.) — E. Jeanselme et A. Navarro. Thyroïdite à streptocoques. (*Journ. des Praticiens*, 7 sept.) — K. S. Morkotoune. Sur l'albumine phosphoreuse du corps thyroïde. (*Vratch*, 14 sept.) — Dennig. Nouvelle observation sur l'état de la nutrition pendant l'ingestion de corps thyroïde. (*Münch. med. Woch.*, 20, p. 464.) — Jaboulay. Les causes de la mort chez les goitreux, la responsabilité médicale dans le traitement des goitres. (*Arch. d'anthrop. crim.*, mai.) — Masetti. L'alimentation thyroïdienne contre les effets éloignés de la thyroïdectomie chez le chien. (*Riv. sper. di freniat.*, XXI, 2 et 3.) — Milla. Sur l'action de la neurine chez les chiens thyroïdectomisés. (*Ibid.*) — Mille. Progrès du traitement thyroïdien. (*Ibid.*) — Gley. Détermination de la toxicité du sérum sanguin chez les chiens thyroïdectomisés. (*Arch. de phys.*, VII, 4.) — A. Rouxeau. La broncho-pneumonie consécutive à la thyroïdectomie chez le lapin. (*Gaz. méd. Nantes*, 12 sept.) — Michel. Goitre exophthalmique. (*Ann. de méd.*, 32, p. 249.) — Wilson. Les bains salins dans la maladie de Graves. (*The Practitioner*, sept.) — Ingals et Ohls. Traitement du goitre exophtalmique par l'extrait de thyroïde et les thyroïdes desséchées. (*N. York med. j.*, 7 sept.) — Mendes. De l'intervention chirurgicale dans le goitre, un cas, guérison. (*Ann. soc. med. Bahia*, 5 sept.) — Adenot. Quelques remarques à propos

de quatre opérations de goitre. (*Prov. méd.*, 20 avril.) — RANSOHOFF. Abcès de la thyroïde; thyroïdectomie, guérison. (*Trans. Americ. med. Ass.*, XII. — BROWN. Deux cas d'énucléation de kystes thyroïdiens. (*Lancet*, 21 sept.) — OSTERMAYER. Méthode d'ablation des kystes du thyroïde sans hémorragie. (*Allg. med. Cent. Zeit.*, 5 juin.) — Discussion à l'Association britannique sur le traitement chirurgical des kystes, tumeurs, cancers de la thyroïde. (*Brit. med. j.*, 12 oct.) — A. BRINDEL et G. LIARAS. Trois cas de cancer du corps thyroïde. (*Journ. méd. Bordeaux*, 8 sept.

Trachée. — ŒSTREICH. Du cancer primitif de la trachée. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVIII, 5 et 6.) — MACARTNEY. Un moyen de remplacer la canule à trachéotomie, rétracteur en fil de fer à ressort. (*Med Record*, 12 oct.) — BUCHHOLZ. Deux cas d'hémorragie mortelle après la trachéotomie pour diphtérie. (*St-Pet. med. Woch.*, 24.)

Tuberculose. — SEJOURNET. Etudes sur la tuberculose. (In-8°, 73 p., *Reims.*) — SPLENGLER. De la pancréatine pour la recherche du bacille tuberculeux. (*Deut. med. Woch.*, 15.) — BLUMENFELD. De la valeur dicdactique des corps gras dans la phtisie pulmonaire. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVIII, 5 et 6.) — ARTAULT DE VEVEY. Tuberculose provoquée chez les lapins par des injections de contenu d'œufs de poule. (*Soc. de biol.*, 26 oct.) — LERAY. Sur la différenciation anatomo-pathologique de la tuberculose de l'homme et des mammifères d'avec la tuberculose aviaire. (*Arch. de méd. exp.*, VII, 5.) — MIDDENDORP. La cause de la tuberculose suivant Koch. (*France méd.*, 4 oct.) — HANOT. Début de la phtisie pulmonaire. (*Semaine méd.*, 9 oct.) — RÉNON. Deux cas de tuberculose pulmonaire ayant débuté par un accès d'asthme. (*Mercredi méd.*, 9 oct.) — WELLS. Tuberculose pulmonaire, son diagnostic précoce. (*Med. News*, 21 sept.) — KŒNIGER. La tuberculose pulmonaire à Lippsppinge, statistique de 5 années, 192 guérisons. (*Ther. Mon.*, oct.) — HANOT. Hérédité hétéromorphe dans la tuberculose. (*Rev. de la tuberc.*, 1.) — NETTER. Sur les précautions à prendre pour prévenir les dangers provenant du voisinage des sanatoria destinés aux phtisiques. (*Ibid.*) — SQUIRE. Influence de l'hérédité sur la phtisie. (*Med. chir. trans.*, LXXVIII, p. 67.) — BOLOGNESI. Recherches cliniques, bactériologiques, histologiques et expérimentales pour servir à l'histoire de l'hérédité de la tuberculose pulmonaire, transmission de la mère à l'enfant. (*Thèse de Paris.*) — E. M. GOLDENBERG. Sur le diagnostic bactériologique de la tuberculose. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — POTAIN. De la tuberculose du vieillard. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, 10 oct.) — BARIÉ. Recherches sur la tuberculose sénile. (*Rev. de méd.*, oct.) — OPPENHEIMER. Des rapports de poids entre le corps et les organes chez les jeunes tuberculeux. (*Münch. med. Woch.*, 20.) — GALLIARD. Le bruit de pot fêlé. (*Méd. Moderne*, 25 sept.) — RÉNON. Deux cas familiaux de tuberculose aspergillaire simple chez des peigneurs de cheveux. (*Soc. de biol.*, 26 oct.) — KING. La tuberculose cérébrale chez l'adulte. (*Med. Record*, 24 août.) — TOMMASOLI. Rapports entre la tuberculose et les maladies de la peau. (*Monat. f. prak. Dermat.*, XXI, 7.) — MÜLLER. De la tuberculose cutanée. (*Ibid.*) — GRANCHER. Fréquence et curabilité de la tuberculose. (*Bull. méd.*, 16 oct.) — SABOURIN. Traitement rationnel de la phtisie. (260 p., *Paris*, 1896.) — VOLLAND. Prophylaxie des occasions d'infection tuberculeuse dans le premier âge. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er avril.) — LÉON-PETIT. Le phtisique et son traitement hygiénique (sanatoria, hôpitaux). (In-18, 309 p., *Paris.*) — DREYFUS-BRISAC. Le traitement de la phtisie pulmonaire. (*Journ. des Praticiens*, 5, p. 65.) — KNOPF. Sanatoria pour le traitement de la tuberculose pulmonaire. (*N. York med. j.*, 5 oct.) — KLEBS. Le traitement étiologique de la tuberculose, étude

clinique et expérimentale. (In-8°, *Hambourg.*) — WINSLOW. La tuberculose et sa prophylaxie. (*Jour. Amer. med. Ass.*, 7 sept.) — VOLLAND. Résultats du traitement de la phtisie. (*Therap. Mon.*, sept.) — ALGER. Comparaison entre divers médicaments dans le traitement de la phtisie. (*Americ. med. Bull.* 1er sept.) — ROTMANN. Traitement de la tuberculose pulmonaire par l'essence de menthe. (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 14.) — JAY. Traitement de l'hémoptysie par rupture des anévrismes dans les cavernes de la phtisie pulmonaire. (*Mercredi méd.*, 11 sept.) — ROSENBERRY. Traitement de la tuberculose par la nucléine. (*Therap. Gaz.*, 15 oct.) — LEFÈVRE. Traitement de la tuberculose par les injections de sérum et les inhalations de vapeurs de formol. (*Journ. méd. Paris*, 2 juin.) — BUJWID. Critique du travail de Maragliano. (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 12.) — ADAMI. Les poumons d'un malade traité par la tuberculine par Koch en 1890; mort en 1895. (*Montreal med. j.*, sept.) — TAYLOR. Résultats de l'emploi de la tuberculose et de l'antiphtisine dans la phtisie. (*Medicine*, oct.) — DE FOREST-VILLARD. Le streptococcus erysipelatis a-t-il une action antagoniste et curative sur la tuberculose locale. (*Trans. Americ. med. Ass.*, XII.) — LEMEN. Tuberculose aiguë traitée par le sérum de Paquin, guérison. (*N. York med. j.*, 21 sept.) — TREVES. L'aspect chirurgical de la tuberculose. (*Lancet*, 26 oct.) — LEJARS. Tuberculose par inoculation, foyers osseux juxta-épiphysaires, mort par le rein. (*Rev. de la tuberc.*, 2) — MAUCLAIRE et BAROZZI. Tuberculose et traumatisme. (*Ibid.*) — HAMANT. Oblitération des vaisseaux fémoraux et de la veine saphène interne au cours de la tuberculose des ganglions de l'aine. (*Province méd.*, 12 oct.) O'ZOUS. — La tuberculose du cou-de-pied. (*Bull. méd.*, 22 sept.) — PICQUÉ. Tuberculose génitale chez la femme. (9e *Cong. franç. de chir.*)

Tumeur. — CORSELLI et FRISCO. Blastomycètes pathogènes chez l'homme. Etiologie des tumeurs bénignes. (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 12.)

Typhoïde. — LEGRY. Etiologie de la fièvre typhoïde et doctrine actuelle. (*Union méd.*, 14 sept.) — JORDAN. La présence du bacille typhique dans l'eau. (*Med. News*, 28 sept.) — P. TEISSIER. Sur un cas de dothiénentérie avec présence du bacille d'Eberth dans le sang de la circulation générale. (*Arch. de méd. expér.*, VII, 5.) — DE LA FAILLE. Bactériurie dans la fièvre typhoïde. (*Thèse d'Utrecht.*) — REED. Les nodules lymphoïdes du foie dans la fièvre typhoïde. (*Americ. j. of med. sc.*, nov.) — RENARD. De l'exagération des réflexes tendineux du pied et du genou dans la fièvre typhoïde. (*Thèse de Nancy*, 1894.) — J. WINOKOUROFF. Gangrène du voile de palais chez un enfant dans la fièvre typhoïde. (*Gaz. acad. du sud de la Russie*, 1894.) — AUSSET. Gangrène de la face au déclin d'une fièvre typhoïde, névrite du facial. (*Bull. méd.*, 6 nov.) — GASPARINI. Ophtalmie métastatique typhique bilatérale, étude expérimentale. (*Ann. di ottalm.*, XXIV, p. 343.) — ZINN. La fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Nuremberg, traitement, supériorité des bains et de la quinine. (*Münch. med. Woch.*, 21). — THISTLE. Traitement éliminatoire et antiseptique de la fièvre typhoïde. (*Med. Record*, 14 sept.) — MC CORMICK. Traitement de la fièvre typhoïde. (*Therap. Gaz.*, 15 oct.) — BENEDICT. Le traitement de la fièvre typhoïde par l'asepsie intestinale. (*Boston. med. Journ.*, 29 août.) — KING. Traitement antiseptique de la fièvre typhoïde par la solution de chlorhydrate de quinine. (*Med. News*, 14 sept.) — OSLER. Cinq années d'expériences sur le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids. (*Med. News*, 12 oct.) — RILEY. Le traitement de la typhoïde sans alcool. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 21 sept.) — LINDSAY. Six cas graves de typhoïde, traités sans alcool. (*Ibid.*, 21 sept.)

Typhus. — DARDIGNAC. Le typhus dans l'Oise en 1893. (*Gaz. hebd. Paris.*

28 sept.) — S. M. Afanasiew. Recherches bactériolologiques sur le typhus. (*Vratch*, 7 sept.)

U

Ulcère. — Chipault. Traitement des maux perforants par l'élongation des nerfs plantaires. (*Presse méd.*, 14 sept.)

Urètre. — Otis. Aéro-urétroscopie. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 24 août.) — Wossidlo. De l'urétroscopie. (*Med. Record*, 7 sept.) — Aschner. Un cas d'urétrite membraneuse desquamative. (*Wiener med. Woch.*, 24 aout.) — Verchère. Urétrite glandulaire enkystée chez la femme. (*Presse méd.*, 25 mai.) — Christian. Traitement de l'urétrite aiguë chez l'homme. (*Therap. Gaz.*, 16 sept.) — Dukeman. La cocaïne dans la chirurgie urétrale. (*N.-York med. j.*, 21 sept.) — Mendes. Du cathétérisme rétrograde. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, sept.) — Pacheco-Mendes. Du cathétérisme rétrograde. (*Ann. Soc. med. Bahia*, mars.) — Fischer. Du rétrécissement de l'urètre chez la femme. (*Cent. f. Gynaek.*, 28 sept.) — J. Verhoogen. Les rétrécissements de l'urètre. (*La policl. Bruxelles*, 1er sept.) — P. Hamonic. De la dilatation rapide des rétrécissements de l'urètre. (*Rev. clin. d'andr.*, 13 sept.) — Pousson. De l'urétrectomie dans certains rétrécissements de l'urètre pénien. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 517.) — Boursier. De l'urétrocèle. (*Bull. méd.*, 22 sept.) — Legueu. Des calculs de la portion prostatique de l'urètre. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, sept.) — Bagot. Diverticules de l'urètre. (*Med. News*, 31 août.) — Deaver. Traitement des végétations de l'urètre par la curette tranchante circulaire. (*Trans. Americ. surg. Ass.*, XII.) — Cabot. Un cas de chancre de l'urètre. (*Boston med. Journ.*, 26 sept.) — Cabot. Cancer de l'urètre. (*N.-York med. j.*, p. 278, 31 août.) — Loumeau. Urétroplastie pour fistule pénienne. — Boiffin. Epispadias complet péno-pubien, reconstitution du col de la vessie après symphyséotomie. (9e *Cong. franç. de chir.*)

Urinaires (Voies). — Morris. Plaies et maladies des organes génito-urinaires. (In-8°, *Londres.*) — Bastanielli. Recherches étiologiques sur l'infection des voies urinaires. (180 p., *Rome.*) — Leder. Miction fréquente due à une rétention partielle d'urine, guérie par le massage. (*Arch. de tocol.*, sept.) — Lamarque. De l'emploi du formol dans la thérapeutique des voies urinaires. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, oct.)

Urine. — Bruns. L'examen de l'urine. (*Med. News*, 7 sept.) — Husband. L'urine à l'état de santé et de maladie, méthodes d'examen. (*Edimbourg.*) — Brodmeier. Rapports du proteus vulgaris avec la fermentation ammoniacale de l'urine. (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 12.) — Kuehnau. Recherches cliniques et expérimentales sur les rapports entre l'excrétion d'acide urique et la leucocytose. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVIII, 5 et 6.) — Ritter. Des conditions qui favorisent la formation des sédiments uratiques. (*Münch. med. Woch.*, 18, p. 415.) — Williamson. Valeur du phénylhydrazène pour la recherche du sucre dans l'urine. (*Brit. med. j.*, 21 sept.) — Scognamiglio. Un cas de pentosurie. (*Riv. clin. e terap.*, juill.) — Raugé. Sur le dosage rapide du sucre dans l'urine. (*Bull. méd.*, 3 nov.) — Garrod et Hopkins.

Présence de grandes quantités d'hématoporphyrine dans l'urine des malades qui prennent du sulfonal. (*London path. Soc.*, 5 nov.)

Utérus. — DURAND. Le ligament iléo-ovarien ; contribution à l'étude du ligament large. (*Progrès méd.*, 6 juill.) — WILLIAMS. Les fonctions du cœur et les maladies pelviennes. (*Lancet*, 2 nov.) — MAURANGE. Endométrites séniles. (*Gaz. hebd. Paris*, 21 sept.) — VAN MOORSEL. De la paramétrite purulente. (*Thèse d'Iéna.*) — DEMELIN. Des atrophies utérines post-puerpérales. (*Journ. des Praticiens*, 7, p. 104.) — GŒLET. Traitement de la métrite et de l'endométrite. (*Americ. j. obst.*, sept.) — DOURIEZ. Le traitement actuel des métrites. (*Thèse de Paris.*) — SORDES. Traitement des endométrites chroniques. (*Bull. méd.*, 15 sept.) — KLEINWAECHTER. Etude de la stérilité. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXIII, 2.) — HEITZMANN. De l'anatomie pathologique de l'utérus et des ovaires. (*Wiener med. Woch.*, 31 août.) — A. MARTIN. Affection des trompes de Fallope. (*Leipsig.*) — WOOD. Symptôme non décrit du pyosalpinx. (*N.-York med. j.*, 26 oct.) — GŒLET. Etiologie et traitement des inflammations des annexes de l'utérus. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 24 août.) — P. BERTRAND. De l'hématocèle anté-utérine. (*Thèse de Nancy.*) — BERTELSMANN. Modifications histologiques du muscle utérin dans les altérations pathologiques de l'organe, particulièrement des cellules musculaires. (*Arch. f. Gynaek.*, L, 1.) — MAUCLAIRE. La cavité utérine normale en pathologie. (*Bull. méd.*, 18 sept.) — PINKUSS. Les modifications bénignes de la muqueuse utérine. (*Zeit. f. Geburt.*, XXXIII, 2.) — BOSSI. Sur la rapidité de reproduction de la muqueuse de l'utérus chez la femme après le raclage. (*Ann. di Ost.*, fév., et *Arch. ital. de biol.*, XXIV, 1.) — DOLÉRIS. Des dangers et des difficultés d'application du traitement conservateur par la thérapeutique intra-utérine dans les lésions annexielles. (*Arch. de tocol.*, oct.) — L. RÉGNIER. Traitement des salpingites par l'électricité. (*Prog. méd.*, 10 avril.) — SANDERS. Traitement de 4 cas de salpingo-oophorectomie par l'électricité. (*Americ. j. obst.*, sept.) — BOUILLY. Le curetage de l'utérus, ses abus, ses insuccès, ses indications. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 août.) — VUILLIET. Traitement conservateur des collections tubaires. (*Bull. méd.* 17 sept.) — BOUILLY. Des indications et de la valeur de l'incision vaginale. (9e *Cong. franç. de chir.*) — REYNIER. Traitement de l'hématocèle rétro-utérine. (*Ibid.*) — LEJARS. Hématocèle sous-péritonéale pelvienne traitée par l'incision ischio-rectale et la décortication de la poche. (*Ibid.*) — LANELONGUE et FAGUET. Drainage de l'utérus. (*Mercredi méd.*, 25 sept.) — A. CERNÉ. Persistance des hémorragies utérines après l'ablation des annexes. (*Normandie méd.*, 1er oct.) — STONE. L'hystérectomie vaginale dans les suppurations pelviennes. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 17 août.) — BALDY. Hystérectomie pour suppuration des organes pelviens. (*Ibid.*, 17 août.) — GILLIAM. La voie vaginale dans les opérations sur les viscères pelviens. (*Ibid.*, 31 août.) — DUNNING. Le traitement du moignon dans l'oophoro-salpingotomie. (*Ibid.*, 24 août.) — GARCEAU. L'hystérectomie vaginale dans les suppurations pelviennes. (*Ibid.*, 24 août.) — MONTGOMÉRY. Les résultats éloignés de l'ablation des annexes. (*Ibid.*, 31 août.) — SELLMAN. Le traitement des sténoses du canal utérin. (*Ibid.*, 31 août.) — WERTHEIM. Procédé opératoire pour les oblitérations partielles de l'utérus. (*Cent. f. Gynaek.*, 5 oct.) — GESSNER. Inconvénients des incisions du col utérin de Duhrssen. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 mars.) — BINAUD. Les crayons de chlorure de zinc. (*Bull. méd.*, 22 sept.) — BLONDEL. Dilatation. Drainage de l'utérus. (*Bull. méd.*, 22 sept.) — PICHEVIN. De l'élytrotomie et de la cœliotomie vaginales. (*Bull. méd.*, 22 sept.) — CHÉRON. Importance du traitement des ptoses viscérales chez les utérines. (*Cong. gyn. Bordeaux.*) — BERLIN. Sur le traitement des rétro-déviations utérines. (*Ibid.*) — VERCHÈRE. Polype et

inversion utérine totale. (*Ibid.*) — LEGUEU. Des eschares sacrées à la suite de l'hystérectomie vaginale. (*Ibid.*) — GOULLIOUD. Complications nerveuses de la rétroversion. (*Ibid.*) — CANDELA. Trachélorexie. (*Ibid.*) — ILL. Des déplacements latéraux de l'utérus. (*Med. News*, p. 391, 5 oct.) — HUNDLEY. Prolapsus complet de l'utérus, avec avortement imcomplet, chez une fille de 16 ans. (*Med. News*, 19 oct.) — JARMAN. Rétro-déviation de l'utérus. (*Americ. j. of med. sc.*, nov.) — A. MARTIN. De la colpotomie antérieure. (*Monats. f. Geburt.*, II, 2.) — WERDER. Vagino-fixation dans les rétro-déviations utérines. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 24 août.) — LANIQUE. Hystérectomie vaginale totale appliquée au traitement du prolapsus utérin complet. (*Thèse de Nancy.*) — MEINERT. Rupture et perforation spontanées de l'utérus non gravide. (*Wiener med. Presse*, 25 août.) — KRAUSE. Vagino-fixation intra-péritonéale par la méthode de Duehrssen. (*Deut. med. Woch.*, 5 sept.) — FOWLER. Nouveau procédé d'hystérectomie. (*N. York med. j.*, 5 oct.) — SPAETH. Remarques sur le pessaire intra-utérin de Prochownick. (*Münch. med. Woch.*, 17.) — RICHELOT et TOUCHE. Fibrome ramolli, perforation du fond de l'utérus, adhérences à la paroi abdominale. (*Journ. méd. Paris*, 13 oct.) — DEYDIER. Fibrome de l'utérus et kyste de l'ovaire, ablation. (*Lyon méd.*, 29 sept.) — P. MULLER. Influence de la ménopause sur les fibromes utérins. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er mai.) — ULLMANN. Un cas de dégénérescence sarcomateuse de fibromyome utérin. (*Wiener med. Presse*, 15 sept.) — GUERMONPREZ. Fibro-myome intra-ligamentaire, décortication suivie d'hystérectomie abdominale totale. (*Arch. de tocol.*, sept.) — CORSON. Traitement d'Apostoli pour les myomes. (*Amer. j. of obst.*, sept.) — FREDERICK. Ligature des ligaments larges pour les fibro-myomes. (*Ibid.*) — LAUWERS. Du traitement intra-péritonéal du pédicule, après l'hystérectomie abdominale, pour fibromes utérins. (*Ann. de gyn.*, sept.) — DIXON. Traitement intra ou extra-péritonéal du pédicule. (*Med. Record*, 24 août.) — HOFMEIER. Traitement du pédicule dans les opération de myomes. (*Cent. f. Gynaek.*, 2 nov.) — KURZ. De la nécrose des tissus du pédicule. (*Ibid.*) — MANDILLON. Fibrome utérin; amputation supra-vaginale du col. (*Journ. méd. Bordeaux*, 25 août.) — JOUIN. Traitement des fibromes utérins par l'extrait thyroïdien. (*Soc. obst. Paris*, 11 juill.) — JOUIN. Nouvelle thérapeutique des fibromes utérins. (*Journ. méd. Paris*, 3 nov.) — BYRNE. L'hystérectomie vaginale au galvano-cautère. (*Americ. j. of obst.*, oct.) — SENN. L'histoire primitive de l'hystérectomie vaginale. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 21 sept.) — CLARKE. Les indications de l'hystérectomie totale. (*Ibid.*, 17 août.) — EASTMAN. Une méthode d'hystérectomie supra-pubienne. (*Ibid.*, 10 août.) — SENN. Technique d'une nouvelle méthode d'hystérectomie. (*Ibid.*, 10 août.) — FREDERICK. Ligature des ligaments larges dans les fibromes utérins; relation de deux cas. (*Ibid.*, 10 août.) — TUTTLE. L'hystérectomie totale par une nouvelle méthode vagino-abdominale. (*Ibid.*, 17 août.) — RICHELOT. L'hystérectomie abdominale totale. (9e *Cong. franç. chir.*, et *Ann. de gyn.*, nov.) — DELAUNAY. De l'ablation totale des grosses tumeurs de l'utérus. (*Ibid.*) — MOULONGUET. Hystérectomie vagino-abdominale pour grosses tumeurs utérines. (*Ibid.*)—SEGOND. Des plus gros fibromes justiciables de l'hystérectomie vaginale. (*Ibid.*) — PÉAN. Statistique des opérations faites sur l'utérus, 244 cas, 4 morts. (*Ibid.*) — VAUTRIN. De l'extirpation des fibromes du ligament large. (*Ibid.*) — RICHELOT. Sur un procédé définitif d'hystérectomie abdominale totale pour fibromes utérins. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 339.) — RICHELOT. L'hystérectomie abdominale totale. (*Presse méd.*, 2 nov.) — HENROTIN. Choix de la méthode pour l'hystérectomie. (*Americ. j. of med. sc.*, oct.) — L. N. WARNEK. Extirpation de l'utérus par le procédé de Doyen. (*Vratch*, 21 sept.) — DEPAGE. Quelques cas intéressants d'hystérectomie. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 sept.)

— Goullioud. Hystérectomie abdominale totale. (*Cong. gyn. Bordeaux.*) — Lannelongue et Faguet. Hystérectomie abdominale supra-vaginale pour fibro-myome de l'utérus. (*Ibid.*) — Pestalozza. Hystérectomie totale abdominale. (*Ibid.*) — Kossmann. Extirpation de l'utérus et annexes pour fibromes; phlébolithes du plexus pampiniforme et trompes accessoires; éthérisation; mort par pneumonie franche. (*Berlin. klin. Woch.*, 29 avril.) — Delagenière. Dix nouveaux cas d'hystérectomie abdominale totale pour tumeurs fibreuses de l'utérus, 10 guérisons. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 487.) — Hubert. Hystérectomie totale par l'abdomen. (*Revue méd. belge*, 30 avril, et *Arch. de tocol.*, oct.) — Barette. Tumeur dermoïde du cul-de-sac de Douglas. (*Bull. méd.*, 8 sept.) — Paschen. Cancer bilatéral de l'utérus. (*Cent. f. Gynaek.*, 5 oct.) — Niebergall. Sarcome, carcinome, myome et polypes muqueux dans un même utérus. (*Arch. f. Gynaek.*, L, 1.) — A. Seelig. Recherches anatomo-pathologiques sur l'extension du carcinome utérin dans le domaine du tractus génital. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXL, 1.) — Jayle et Labbé. Néphrectomie pour anurie due au cancer de l'utérus. (*Presse méd.*, 7 sept., et *Ann. de gyn.*, sept.) — Clarke. Hystérectomie pour cancer utérin. (*John Hopkins hosp. Bull.*, VI, p. 120.) — Mackenrodt. Cancer utérin; hystérectomie par le thermocautère, sans ligature ni hémostase. (*Berlin. klin. Woch.*, 29 avril et 27 mai.) — Lanphear. Plaidoyer en faveur de l'intervention plus fréquente dans le cancer utérin. (*Medicine*, sept.)

V-Z

Vaccine. — Crimail. Du service de la vaccine dans le département de la Loire-Inférieure et dans la ville de Nantes 1894. Notes et réflexions relatives à la vaccine et aux vaccinations. (*Broch.*, 28 p., *Nantes.*) — Lemaire. Considérations sur 1,400 revaccinations faites en 1894. (In-8, 18 p., *Paris.*) — Marty. Influence de la saison sur la revaccination. (*Gaz. des hôp.*, 19 sept.) — Hunter. Un cas de vaccine des paupières. (*N.-York eye and ear inf. rep.*, III, 1.). — Rioblanc. Un cas de prosiasis vaccinal. (*Ann. de dermat.*, VI, 10 et *Lyon méd.*, 8 sept.) — Ausset. 4 cas d'éruptions suscitées par la vaccine. (*Bull. méd. Nord*, 13 sept.) — Richardière. De quelques accidents de vaccination. (*Union méd.*, 27 juil.)

Vagin. — Dind. Des vulvo-vaginites. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XIV, p. 438.) — Dausse. Imperforation vaginale. (*Bull. méd.*, 22 sept.) — Neugebauer. Des déformations acquises et congénitales du vagin, rétrécissements, absence ou dualité. (In-8, 223 p., *Berlin.*) — Brunon. Cloisonnement transversal cicatriciel du vagin chez une secondipare. (*Loire méd.*, 15 oct.) — Webster. Diagnostic et traitement de l'atrésie du vagin. (*Amer. j. of obst.*, oct.) — Franchomme. Un cas de kyste du vagin. (*Journ. sc. méd.*, *Lille*, 20 avril et *Arch. de tocol.*, oct.) — Ettinger. Un cas d'hématome post-partum de la vulve et du vagin. (*Cent. f. Gyn.*, 9 nov.) — Da Costa. Volumineuse tumeur fibroïde de la paroi antérieure du vagin. (*Med. News*, 26 oct.) — Labusquière. Traitement chirurgical du carcinome primitif du vagin. (*Ann. de gyn.*, sept.)

Vaisseau. — Cerf. Sur les vaisseaux sanguins des membres et des viscères. (*Thèse de Paris.*)

Variole. — Sérez. Des pratiques musulmanes de variolisation comme causes des épidémies annuelles de variole au Sénégal. (*Arch. de méd. nav.*, oct.)

Veine. — W.-W. Golubiew. Veine cave supérieure double. (*Vratch*, 14 sept.) — Quénu. Innocuité de la ligature des grosses veines. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 426.) — Ricard. De la suture des plaies accidentelles ou opératoires des troncs veineux. (*9e Cong. franç. de chir.*) — Claude. Phlébite à pneumocoques des veines encéphaliques et des sinus de la dure-mère. (*Rev. mal. de l'enf.*, juill.)

Vertige. — Corning. L'état d'esprit dans le vertige. (*N.-York med. j.*, 7 sept.)

Vessie. — Peyer. La vessie irritable. (*Wiener med. Presse*, 1er sept.) — Battle. Tuberculose limitée de la vessie, taille sus-pubienne, guérison. (*Lancet*, 9 nov.) — Delagénière. Extirpation de la muqueuse vésicale pour tuberculose de la vessie. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 251.) — E. Loumeau. Vaste cicatrice cruciale de la voûte vésicale (*Ann. policl. Bordeaux*, 1er sept. et *Progrès méd.*, 21 août.) — Browne. Région de la vessie où un calcul peut échapper aux recherches des instruments. (*Brit. med. j.*, 12 oct.) — Desnos. Des limites de la lithotritie. (*Journ. des Pratic.*, 31 août.) — Plowright. Rupture spontanée des calculs d'acide urique. (*London path. Soc.*, 15 oct.) — Forbes. L'extirpation des calculs de la vessie. (*Trans. Americ. Surg. Ass.*, XII.) — Albarran. Sur 80 cas de lithotritie. — Pousson. Valeur de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie. — Jonnesco. Sur la taille hypograstrique. — Mauclaire. Quelques essais de chirurgie expérimentale applicables au traitement de l'exstrophie de la vessie et des anus contre nature. (*9e Cong. franç. de chir.*) — Herting. 3 cas de rupture non traumatique de la vessie chez des aliénés paralytiques. (*Arch. f. Psych.*, XXVII, 2.) — E. Loumeau. Papillome vésical. (*Ann. policl. Bordeaux*, 1er sept.) — Fenwick. Notes sur 70 opérations de tumeurs de la vessie. (*Brit. med. j.*, 12 oct.)

Viande. — Morot. Des moyens les plus convenables d'amener les pouvoirs publics à organiser l'inspection sanitaire des viandes dans toute la France. (*Rev. de méd. vét.*, 13.)

Vin. — Burcker. Dosage des acides volatils dans les vins. (*Arch. de médec. mil.*, oct.)

Vomissement. — Edes. Vomissements nerveux. (*Americ. j. of med. sc.*, sept.) — Larat. Vomissements incoercibles traités par l'électricité à courant continu. (*Soc. obst. Paris*, 11 juil.) — Bar. Idem. (*Ibid.*) — Bonnefin. Vomissements incoercibles traités par la faradisation des nerfs pneumogastriques. (*France méd.*, 20 sept.) — Larat. Vomissements incoercibles de la grossesse traités par le courant continu. (*Journ. de méd., Paris*, 9 nov.) — Charpentier. Vomissements incoercibles de la grossesse, avortement provoqué au 3e mois, guérison. (*Ibid.*, 26 oct.)

Zona. — E. Fournier. Zona généralisé à la presque totalité de la moitié gauche du corps. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, mai et juin.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie **G. Masson**, boulevard Saint-Germain, 120.

Traitement rationnel de la phtisie, par le Dr Ch. Sabourin, ancien interne des hôpitaux de Paris, directeur de la station climatérique de Vernet-les-Bains. (Un volume in-16 de 264 pages, relié peau souple, tranches rouges.) — Prix : 4 francs.

Traitement de la syphilis, par Charles Mauriac, médecin de l'hôpital Ricord (hôpital du Midi). (Un volume in-8° de xx-831 pages.) — Prix : 15 francs.

Précis de thérapeutique ophtalmologique, par les Drs Landolt et Gigax. (Un volume in-16 de 176 pages, cartonné.) — Prix : 3 francs.

Précis élémentaire de dermatologie. Maladies en général. Dermatoses inflammatoires, par Brocq, médecin des hôpitaux de Paris, et Jacquet, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis. (Petit in-8° de l'*Encyclopédie des Aide-Mémoire.*) — Prix : broché, 2 fr. 50; cartonné, 3 francs.

La matière vivante, par Félix Le Dantec, maître de conférences à la Faculté des sciences de Lyon. Avec une préface de A. Giard, professeur à la Sorbonne. (*Encyclopédie des Aide-Mémoire.*) — Prix : broché, 2 fr. 50; cartonné, 3 francs.

Librairie **O. Doin**, 8, place de l'Odéon, Paris.

Précis d'hygiène publique et privée, par Paul Langlois, chef du laboratoire de physiologie à la Faculté de médecine de Paris. (Un volume in-18 jésus de 560 pages, avec 83 figures.) — Prix : 6 francs.

Thérapeutique des maladies du rein, par MM. E. Gaucher, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, et Paul Gallois, ancien interne des hôpitaux de Paris, assistant de consultation à l'hôpital de la Charité. (Deux volumes in-18 jésus, reliés en peau pleine, formant 520 pages.) — (*Bibliothèque de thérapeutique.*) — Prix : 8 francs.

Thérapeutique du rhumatisme et de la goutte, par W. Œttinger, médecin des hôpitaux de Paris. (Un volume in-18 jésus, relié en peau pleine, de 270 pages.) — (*Bibliothèque de thérapeutique.*) — Prix : 4 francs.

Précis de technique microscopique et bactériologique, par G. Magnin, interne des hôpitaux de Paris. Précédé d'une préface de M. Mathias Duval, professeur à la Faculté de médecine de Paris. (Un volume in-18 carré de 260 pages, cartonné toile.) — Prix : 3 francs.

Manuel de pathologie interne, par C. Vanlair, professeur à l'Université de Liège. 3e édition, avec 276 figures dans le texte. (Deux volumes grand in-8, formant 1250 pages.) — Prix : 24 francs.

Traité de thérapeutique physiologique, par le Dr de Buck. Avec une préface de M. le professeur Lépine, de Lyon. 2e édition, revue et augmentée. (Un volume grand in-8° de 300 pages.) — Prix : 7 fr. 50.

La cocaïne; ses propriétés toxiques et thérapeutiques; aperçu général sur l'anesthésie, par le Dr Maurel, agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse. (Un volume in-8° de 300 pages, avec figures dans le texte.) — Prix : 6 francs.

Thérapeutique chirurgicale des maladies des articulations : muscles, tendons, synoviales tendineuses, par L. Picqué, chirurgien des hôpitaux de Paris, membre de la Société de chirurgie, et Pl. Mauclaire, ancien interne, lauréat médaille d'or des hôpitaux de Paris, prosecteur à la Faculté de médecine. (Deux volumes in-18 reliés peau pleine, formant plus de 600 pages, avec 165 figures dans le texte.) — Prix : 8 francs.

Traitement des maladies des yeux; notions pratiques, par le Dr A. Trousseau, médecin de la Clinique nationale des Quinze-Vingts. (Un volume in-12 cartonné, tranches rouges, de 165 pages) — Prix : 2 fr. 50.

Notice sur les médecins de la marine dans les différents pays. (Un volume in-8°, cartonné, de 65 pages.) — Prix : 2 francs.

Des eczémas et leurs traitements; étude clinique et thérapeutique, par le Dr Paul Archambault, professeur suppléant à l'École de médecine de Tours, médecin en chef de l'asile des aliénés d'Indre-et-Loire, chef du service des maladies de la peau à l'Hospice général de Tours, etc. (In-8° de 45 pages.) — Prix : 2 francs.

Essais de pathologie rationnelle. — Études sur les entités morbides; lois de morbidité, par le Dr Henry Boucher, médecin-major de 2e classe du 5e dragons, licencié en droit. (Un volume in-8° de 212 pages.) — Prix : 3 francs.

Librairie **J.-B. Baillière** et fils, rue Hautefeuille, 19, près du boulevard Saint-Germain, Paris.

Traité de médecine et de thérapeutique, par P. Brouardel, membre de l'Institut, doyen de la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Charité, A. Gilbert, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Broussais, et J. Girode, médecin des hôpitaux de Paris, auditeur au Comité d'hygiène publique de France.

Vient de paraître, Tome II : *Maladies microbiennes.* (Un volume in-8° de 840 pages, avec figures.) — Prix : 12 francs.

Traité de chirurgie clinique et opératoire, publié sous la direction de MM. A. Le Dentu, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Necker, membre de l'Académie de

médecine, et Pierre Delbet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux.

Tome II : *Maladies du squelette ; fractures*; *maladies inflammatoires ; tumeurs des os*, par Mauclaire et Rieffel, prosecteurs à la Faculté de médecine de Paris. (Un volume grand in-8° de 800 pages, avec 200 figures.) — Prix : 12 francs.

La pratique gynécologique dans les hôpitaux de Paris; aide-mémoire et formulaire de thérapeutique appliquée, par le professeur Paul Lefert (Un volume in-16 de 288 pages, cartonné.) — Prix : 3 francs.

Ce volume fait partie du *Manuel du médecin praticien.*

Librairie **Rueff et Cie**, boulevard Saint-Germain, 106.

Traité de thérapeutique appliquée, publié sous la direction d'Albert Robin, de la Faculté de médecine. Fascicules 1 à 3.

Librairie **Asselin** et **Houzeau**, place de l'École-de-Médecine.

Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses (*Salpêtrière*, 1887-1894), par le Dr J. Séglas. Recueillies et publiées par le Dr Henry Meige. (Un volume in-8° de 835 pages, avec 6 figures dans le texte.) — Prix : 14 francs.

Le foie des dyspeptiques et en particulier la cirrhose par auto-intoxication d'origine gastro-intestinale (*Etude clinique*, *anatomo-pathologique*, *pathogénique et expérimentale*), par le Dr Emile Boix, interne lauréat des hôpitaux de Paris, médaille d'or (concours de 1893), médaille d'or des Epidémies (choléra 1884). (Un beau volume grand in-8° de 200 pages, avec deux planches en chromo-lithographie.) — Prix : 6 francs.

Librairie **L. Battaille et Cie**, place de l'École-de-Médecine, 23.

Principes d'hygiène militaire, par le Dr Ch. Viry, médecin principal de 1re classe, directeur du Service de santé du 2e corps d'armée. (Un volume in-8° carré, avec 78 figures dans le texte.) — Prix : 12 francs.

Librairie **Maloine**, place et rue de l'École-de-Médecine, 21-23-25, et boulevard Saint-Germain, 91, Paris.

Le médecin militaire : Recrutement, instruction et éducation des médecins militaires; Le médecin militaire dans l'armée; Le médecin militaire en dehors; La vie du médecin militaire; Le service de santé militaire, par le Dr F. Gils, médecin-major de 1re classe, chef de l'hôpital militaire de Briançon. (Un volume in-18, broché.) — Prix : 4 francs.

Mariages consanguins et dégénérescences : Les mariages consanguins chez les peuples anciens; Les mariages consanguins et la race; Les unions consanguines chez les animaux; Les mariages consanguins et les dégénérescences, conséquences d'après la statistique; Unions entre consanguins normaux et entre consanguins dégénérés, par le Dr Emile Laurent. (Un volume in-18, cartonné.) — Prix : 2 francs.

Technique de l'exploration oculaire, introduction à l'étude de l'ophtalmologie, par le Dr VIGNES. (In-8°.) — Prix : 8 francs.

Peut-on tirer de la forme du crâne des conclusions sur les dispositions anatomiques rendant plus ou moins dangereuses les opérations sur le rocher, par P. GARNAULT, docteur ès sciences.

Cours théorique et pratique de physiologie, d'hygiène et de thérapeutique. — De la voix parlée et chantée, par le Dr Paul GARNAULT (de Paris), docteur en médecine, docteur ès sciences naturelles, ex-chef des travaux d'anatomie et d'histologie comparée à la Faculté des sciences de Bordeaux. (Un volume in-18, avec 82 figures dans le texte et un questionnaire, relié toile, tête dorée.) — Prix : 5 francs.

Librairie **Schmid**, Berne.

Die Influenza in der Schweiz in den Jahren 1889-94, par le Dr F. SCHMID.

Librairie **Statului**, Bucarest.

Annales de l'Institut de pathologie et de bactériologie de Bucarest, publiées par V. BABES. (Vol. V, 4e année, 1892-93.)

Librairie **Lamertin**, 20, rue du Marché-au-Bois, Bruxelles.

Manuel de sérothérapie antidiphtérique, par le Dr M. FUNCK.

LE GÉRANT : G. MASSON

Paris. — Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 1.1.96

SOMMAIRE DU N° 2

TOME XLVII

ANATOMIE.

PHYSIOLOGIE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

THÉRAPEUTIQUE.

HYGIÈNE.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

MALADIES DES ENFANTS.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

MÉDECINE LÉGALE

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

OPHTALMOLOGIE.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

Protoplasma-Structur in Vorderhirnzellen der Eidechse (Structure protoplasmique dans les cellules du cerveau antérieur chez le lézard), par BUEHLER (*Verhandl. der physik-med. Gesells. zu Würzburg, XXIX, 6, p. 209*).

Les cellules ganglionnaires du cerveau antérieur de *Lacerta agilis* possèdent un protoplasma structuré conformément aux principes établis récemment, pour d'autres éléments, par M. Heidenhain.

Elles renferment une ou plusieurs sphérules que l'hématoxyline ferrique colore en noir, situées tantôt contre le noyau, tantôt à une certaine distance de lui, souvent unies entre elles par un pont dont l'orientation ne paraît pas en rapport avec l'un quelconque des axes de la cellule. Autour de la sphérule ou dugroupe de sphérules, le protoplasma semble souvent plus clair et constitue une zone circulaire (sphérique en réalité) limitée vis-à-vis du reste du protoplasma par une couronne de grains. Sur des préparations colorées d'abord par l'hématoxyline ferrique puis par la safranine ou la rubin on peut constater que des sphérules partent des filaments radiaires. Ceux-ci, après un certain trajet, s'épaississent et tous à une même distance du centre de l'irradiation. Il en résulte la formation d'un anneau de grains, au delà duquel les filaments se poursuivent jusqu'à la périphérie de la cellule où ils se terminent souvent par un épaississement en bouton. Parfois, dans ce trajet, ils présentent, de distance en distance, de petits renflements dont la sériation régulière détermine l'apparence d'une succession de cercles concentriques.

Les filaments radiaires dirigés du côté du noyau s'écartent pour lui faire place et s'incurvent sur ses côtés en décrivant des arcs parallèles à sa surface.

A côté de ce système rayonné il en existe un autre dont les fibrilles sont

parallèles à la surface des différents plans par lesquels se limite la cellule, également parallèles entre elles et pourvues d'épaississements sur tout leur trajet. Il y a donc autant de systèmes parallèles que la cellule a de faces et tous s'entrecroisent au niveau des angles de l'élément là où prennent naissance les dendrites.

Ces observations démontrent l'existence, dans des éléments depuis longtemps au repos et qui ne se diviseront plus, du moins à l'état normal, d'une structure protoplasmique semblable à celle que M. Heidenhain a reconnu ailleurs, c'est-à-dire un groupe de corpuscules centraux d'où partent les rayons organiques. Ceux-ci, après un trajet, se renflent en un petit bouton (microsome de M. Heidenhain) et l'ensemble des microsomes délimite une petite sphère nettement séparée du protoplasme environnant. Les corpuscules centraux ne sont pas ici en rapport avec la division cellulaire, mais représentent, dans la cellule au repos, le centre d'insertion d'un système fibrillaire.

Quant aux fibrilles parallèles périphériques, elles serviraient de lignes d'insertion aux rayons organiques.

En somme on peut affirmer que non seulement le centre dynamique de la division, à l'état de corpuscules centraux, mais encore tout le système des rayons organiques avec la sphère attractive persistent dans les cellules au repos. Cette structure n'est donc pas spécifique de la division, mais trouve sa raison d'être dans le principe général de la constitution morphologique de la cellule.

Incidemment l'auteur a signalé l'existence de corpuscules centraux dans les cellules de l'épendyme des plexus choroïdes chez le lézard ainsi que dans les cellules pyramidales de l'écorce cérébrale chez un homme adulte. A. NICOLAS.

Ueber den Bau der Spinalganglienzellen bei Säugethieren, und Bemerkungen über den der centralen Zellen (Sur la structure des cellules ganglionnaires spinales chez les mammifères et remarques sur celle des cellules centrales), par W. FLEMMING (*Archiv f. mik. Anat., XLVI, 3, p. 379*).

Après de nouvelles recherches chez le lapin, le chat, le bœuf et l'homme, Flemming confirme l'opinion qu'il a déjà exprimée en 1882 : le corps cellulaire des éléments ganglionnaires spinaux est constitué par des grains chromophiles et par de fins filaments onduleux qui paraissent en connexion avec eux. Grains et filaments sont plongés dans une substance intermédiaire à peine colorable et d'apparence granuleuse. La taille des grains et leur proportion par rapport aux filaments varient selon les cellules, d'où l'aspect foncé ou clair de celles-ci.

La zone polaire (cône d'origine du cylindre-axe) possède une structure incontestablement fibrillaire. Sa partie périphérique est formée de fibres rayonnées (à partir du sommet du cône) partagées en deux systèmes, l'un correspondant au cylindre-axe centripète, l'autre au cylindre-axe centrifuge ; sa partie centrale renferme au contraire plutôt des fibrilles entortillées. Il n'est pas possible de reconnaître si ces fibrilles ont des connexions directes avec les filaments du corps cellulaire proprement dit.

Il faut noter enfin que les grains chromophiles présentent, lorsque l'orien-

tation des coupes est favorable, un arrangement suivant des courbes concentriques.

Les cellules centrales (cornes antérieures de la moelle) ont une structure essentiellement semblable : grumeaux de grains chromophiles et filaments. Seulement ceux-ci, au lieu d'être onduleux, sont orientés longitudinalement dans le sens des prolongements cellulaires. Dans le corps même de l'élément, leur trajet ne peut être déterminé d'une façon précise.

A. NICOLAS.

Du mode de terminaison du canal central dans le bulbe rachidien, par R. STADERINI (*Arch. ital. de biol., XXIII, p. 456 et Monitore zool. ital., V 9-10*).

Dans une certaine portion du bulbe, outre le canal central, il existe une autre cavité, située dorsalement. Ces deux canaux se dilatent vers le haut et confluent au-dessus du calamus scriptorius dans le 4e ventricule. L'origine du second canal est dans la substance gélatineuse qui occupe une partie de la commissure postérieure et s'individualise à partir du point d'écartement des cordons postérieurs ; l'embryologie rend compte de cette disposition. Dans tout le canal central de la moelle épinière, à une certaine époque du développement, il y a deux cavités dont la dorsale est appelée à disparaître, tandis que dans le bulbe l'oblitération de la dorsale fait défaut. De là une ressemblance de disposition entre la fosse rhomboïdale et le sinus rhomboïdal lombaire des oiseaux.

DASTRE.

Quelques observations sur l'anatomie de la moelle allongée, du pont de Varole et des pédoncules cérébraux, par A. BETTONI (*Archives ital. de biologie, XXIII, p. 375*).

L'auteur a examiné un chien et deux singes ayant subi la destruction complète de la moitié droite du cervelet (Luciani) et un chien avec destruction incomplète, et pratiqué des coupes en série ascendante colorées par la méthode de Weigert-Pal. Il conclut de son examen que l'ablation du noyau antérieur de l'acoustique entraîne l'atrophie partielle, mais bi-latérale du corps trapézoïde. Le stratum complexum et le stratum profundum proviennent pour une faible quantité des bras, du pont et pour la plus grande partie de fibres naissant et finissant dans la substance grise qui environne les faisceaux pyramidaux. Le passage de fibres, du pont au pied du pédoncule cérébral, est croisé et direct. L'hémi-extirpation cérébelleuse entraîne, du même côté, disparition des faisceaux transversaux, superficiels, croisés et subpyramidaux avec réduction de la substance grise. Du côté opposé : réduction de la substance grise et disparition des fibres allant du bras du pont au pied du pédoncule cérébral. Dans la région pédonculaire, il y a disparition du pédoncule cérébelleux antérieur remplacé par du tissu de sclérose ; du côté lésé : réduction de la substance grise du noyau de Stilling et du locus niger de Sœmmering du côté opposé.

DASTRE.

Cellules nerveuses en développement dans la moelle épinière du têtard de la grenouille, par ATHIAS (*Journ. de l'anat. et de la physiol.*, n° *6*, *1895*)

Etudiant, par le procédé de Golgi, la moelle épinière de très jeunes larves de batraciens, l'auteur a observé divers faits d'un haut intérêt au point de vue de l'histogénèse. Il a vu des cellules faisant encore partie de l'épithélium épendymaire et présentant cependant déjà les caractères de cellules nerveuses ; elles possèdent,en effet,une expansion protoplasmique périphérique d'où part un cylindre-axe allant à la substance blanche. A un certain moment, ces cellules épendymaires quittent la paroi du canal de l'épendyme, mais conservent pendant quelque temps un aspect semblable à celui des cellules encore attachées à la paroi du canal ; elles ont un corps ovoïde plus ou moins régulier,avec un noyau volumineux et une mince couche de protoplasma à la périphérie ; du corps partent deux prolongements : l'un interne, fin, court, légèrement variqueux, représentant le prolongement qui attachait la cellule au canal de l'épendyme, est l'ébauche d'un prolongement protoplasmique. L'autre prolongement, externe, peut être soit un filament cylindro-axile fin qui va former une ou plusieurs fibres de la substance blanche, soit, et c'est le cas le plus fréquent, un gros prolongement protoplasmique verruqueux, donnant naissance à quelques petites branches fines, et au cylindre-axe dont les caractères sont les mêmes que dans le premier cas.

Toutes ces cellules nerveuses embryonnaires offrent quelques caractères communs avec les cellules névrogliques épendymaires encore jeunes ; mais elles en diffèrent toujours par leur prolongement périphérique ; en effet, dans les cellules névrogliques épendymaires, ce prolongement est gros, verruqueux, se divise, en entrant dans la substance blanche, pour donner des branches très épineuses qui toutes se terminent par des boutons coniques, à la surface de la moelle, sous la pie-mère.

La jeune cellule nerveuse à connexions épendymaires peut être comparée à la cellule bipolaire sensorielle de la peau du ver de terre ou à la cellule bipolaire de la muqueuse olfactive des vertèbres ; et, en effet, le canal de l'épendyme est, au point de vue embryologique, l'homologue de la peau et de la muqueuse olfactive. M. DUVAL.

Note sur l'innervation de la dure-mère cérébro-spinale chez les mammifères, par P. JACQUES (*Journal de l'anat. et de la physiol.*, n° *6*, *1895*).

Depuis les travaux d'Arnold et de Luschka, on sait que la dure-mère reçoit des filets nerveux, mais la simple dissection n'avait pu éclairer la question de savoir si ces nerfs sont uniquement destinés aux vaisseaux ou s'il en est qui appartiennent à la membrane fibreuse. En 1875, Alexander, par l'étude microscopique de pièces imprégnées au chlorure d'or, distingua dans la dure-mère des nerfs vasculaires et des nerfs propres. P. Jacques a repris cette étude au point de vue des terminaisons nerveuses et a mis en usage le procédé d'Ehrlich, sur la dure-mère de jeunes chiens. Il a reconnu que les terminaisons se font par des extrémités libres, et il n'a pas retrouvé les terminaisons en réseaux décrites par Ivanow. Les fins filaments des arborisations terminales, filaments qui

sont constitués par la fibrille fondamentale du cylindre-axe, paraissent pouvoir s'anastomoser entre eux de temps en temps, et donner lieu à des images qui rappellent certains réseaux terminaux d'Ivanow ; mais la terminaison réelle et ultime se fait toujours par des extrémités libres, remarquablement délicates et variqueuses, simples ou en petits bouquets.

M. DUVAL.

Zur Frage über den feineren Bau des sympathischen Nervensystems bei den Säugethieren (Recherches sur la structure intime du système nerveux sympathique chez les mammifères), par A.-S. DOGIEL (*Arch. f. mik. Anat.*, *XLVI*, *p. 305*).

Dans ce mémoire Dogiel étudie à l'aide du bleu de méthylène les ganglions sympathiques de la vésicule biliaire chez le chien et le chat.

Les nerfs constituent, dans la tunique conjonctive externe de cet organe, un plexus à mailles irrégulières, le plexus fondamental, dont les branches sont essentiellement composées de fibres de Remak mélangées de quelques rares fibres à myéline.

De ce plexus partent les branches et les fibres destinées aux vaisseaux, aux éléments musculaires lisses et à la muqueuse.

Les nerfs à myéline se ramifient en fibres de plus en plus fines qui finissent par perdre leur gaine, de telle sorte que dans les nerfs les plus petits il n'y a plus que des fibrilles nues, dont quelques-unes sont la continuation de fibres à myéline et vont se terminer dans les ganglions ou dans la paroi des vaisseaux. Il existe cependant une troisième catégorie de fibres à myéline qui conservent leur enveloppe médullaire et ne font que traverser les ganglions. L'auteur ignore leur sort ultérieur.

Cellules sympathiques. — Elles se groupent en ganglions plus ou moins volumineux, arrondis ou ovales, d'ordinaire plus nombreux au niveau du col que de son fond, ou bien demeurent isolées le long des faisceaux nerveux.

L'imprégnation de ces éléments par le bleu de méthylène permet de constater les détails de structure que met en évidence la méthode de Nissl, c'est-à-dire de reconnaître qu'ils sont constitués par des agglomérations de grains chromophiles plongés dans une substance fondamentale où l'on distingue des fibrilles très délicates agencées en réseau. Ces grains s'observent également dans les prolongements protoplasmatiques et dans le cône d'origine du cylindre axe.

Dendrites. — S'échappent en nombre variable, tantôt de toute la périphérie du corps cellulaire, tantôt d'un seul côté, tantôt enfin de l'un de ses pôles, selon la place que la cellule occupe dans le ganglion. Leur longueur et leur épaisseur sont variables. Généralement elles paraissent plates. Dans leur trajet elles se divisent et émettent des ramifications collatérales.

Les dendrites de toutes les cellules d'un ganglion donné se rendent à la périphérie du ganglion et là, en se ramifiant et en s'enchevêtrant les unes avec les autres, forment un *plexus périphérique général* grâce auquel tous les éléments ganglionnaires se trouvent associés. Dogiel considère les « nids péricellulaires » de Cajal comme des formations en quelque sorte accidentelles dues à des causes d'ordre purement topographique,

auxquelles on ne saurait donner la signification que Cajal leur attribue.

A côté des dendrites qui ne sortent pas des limites des ganglions et s'y terminent, il en est d'autres qui les quittent en cheminant dans les troncs nerveux unitifs. Elles atteignent ainsi le ganglion voisin et prennent part à la constitution de son plexus périphérique.

Prolongement cylindraxile. — Chaque cellule n'en possède qu'un seul qui émane directement de son corps ou d'un prolongement protoplasmique, et quitte le ganglion après avoir émis une quantité plus ou moins considérable de fines collatérales variqueuses qui se répandent, en se divisant, entre les éléments ganglionnaires. Une fois parvenu dans un cordon nerveux, le prolongement cylindraxile forme à lui seul une fibre de Remak, il ne se recouvre jamais d'une enveloppe myélinique et reste généralement lisse.

Fibres à myéline. — Les unes sont des fibres du sympathique, les autres ont leur origine dans l'axe cérébro-spinal. Les premières, une fois arrivées dans un ganglion, se divisent et se résolvent finalement en une quantité innombrable de fines fibrilles. Celles-ci se répandent entre les cellules ganglionnaires, à la surface de leur capsule, et constituent dans tout le ganglion, ainsi qu'à sa périphérie, un plexus commun extraordinairement serré. Ce plexus n'est en connexion qu'avec les prolongements protoplasmiques et reste séparé des corps cellulaires eux-mêmes par leur capsule. Il est donc *intercellulaire.*

Les fibres centrifuges d'origine cérébro-spinale se divisent également dans l'intérieur des ganglions,mais leurs branches terminales traversent les capsules cellulaires et forment *en dedans* d'elles, à la surface du corps des cellules, un *plexus péricellulaire* dont les caractères diffèrent notablement de ceux du plexus intercellulaire. Dogiel n'a pas réussi à constater si toutes les cellules de chaque ganglion sont en rapport avec un plexus péricellulaire. A. NICOLAS.

Die Nerven der Chromatophoren bei Fischen (Poissons), par EBERTH et BUNGE
(*Arch. f. mik. Anat., XLVI, 2, p. 370*).

Eberth et Bunge ont étudié, par la méthode de Golgi, les nerfs des chromatophores chez un certain nombre d'espèces de poissons osseux, notamment chez l'ablette et la lote et, pour enlever le pigment qui gêne ou même empêche complètement l'observation, ils ont imaginé de traiter les coupes par l'eau chlorée. Le procédé consiste dans la série des opérations suivantes : 1° Fixation et imprégnation de l'objet selon les règles de la méthode de Golgi. Confection de coupes; 2° Blanchiment des coupes par l'eau chlorée. Suivant la richesse de l'eau en chlore, le séjour dans ce réactif doit être plus ou moins prolongé. En moyenne 15 à 20 minutes suffisent. On peut d'ailleurs surveiller la réaction en examinant de temps en temps la coupe; 3° Lavage à l'eau distillée, 1/4 d'heure; 4° Déshydratation par l'alcool absolu ; 5° Eclaircissement dans l'huile de cèdre. Dans les coupes ainsi traitées, non seulement les chromatophores se sont décolorés, mais aussi les nerfs noircis par l'argent, le chromate d'argent s'étant transformé en chlorure. Il suffit, pour voir réapparaître la coloration noire des nerfs, d'exposer la coupe à la lumière ; lorsque le résultat voulu est atteint, on monte dans le baume sous lamelle.

La distribution et le mode de terminaison des nerfs des chromatophores se font suivant un type unique : division dichotomique et terminaison libre au contact du corps cellulaire, avec boutons terminaux. Très souvent cependant il existe, en rapport avec les chromatophores, un très riche réseau, mais ces réseaux ne sont jamais complètement fermés et émettent de petites branches plus ou moins longues qui se terminent librement sur le protoplasme de l'élément pigmenté ou en dehors à une certaine distance. En somme, les faits énoncés dans ce travail confirment essentiellement les résultats que Ballowitz a publiés il y a deux ans.

A. NICOLAS.

Sur un noyau de cellules nerveuses intercalées entre les noyaux d'origine du vague et de l'hypoglosse, par R. STADERINI (*Arch. ital. de biol.*, *XXIII*, *p. 455* *et Monitore zool. ital.*, *V*, *n° 8*).

Après arrachement de l'hypoglosse à des animaux jeunes (chiens, lapins), on suit l'atrophie du noyau par les méthodes de Weigert et de Marchi. Cette atrophie a lieu du côté correspondant : elle laisse subsister quelques fibres entrecroisées et quelques cellules. Pas de dégénérescence du côté opposé. On constate autour du noyau de l'hypoglosse, sur la ligne médiane et dorsalement, une couche de fibres nerveuses myéliniques longitudinales qui, vers la partie inférieure du 4ᵉ ventricule, forme un coin encastré entre les noyaux de la Xᵉ et de la XIIᵉ paire. En son milieu se montrent des cellules nerveuses qui finissent par former un nouveau noyau intercalé. Celui-ci, plus haut, pénètre dans l'aire de l'hypoglosse et de là dans le plancher du 4ᵉ ventricule où il devient le noyau triangulaire de l'acoustique.

DASTRE.

Centrosom und Sphäre in den Spinalganglienzellen des Frosches (Centrosome et sphère attractive dans les cellules des ganglions spinaux de la grenouille), par M. v. LENHOSSÉK (*Arch. f. mik. Anat.*, *XLVI*, *2*, *p. 345*).

La méthode de coloration de M. Heidenhain, à l'hématoxyline ferrique, a permis à v. Lenhossék de déceler dans certaines cellules des ganglions spinaux de la grenouille l'existence d'une sphère attractive ou mieux d'une centrosphère avec centrosome.

C'est dans les petites cellules nerveuses (ni dans les plus petites, ni dans les grosses) de 30 à 45 μ qu'on rencontre cette formation. Elle se présente sous l'aspect d'une masse sphérique composée d'une foule de petits grains, plongée dans l'endoplasme et souvent contiguë au noyau qu'elle déprime en fossette. Ces grains ne sont d'ailleurs pas identiques à ceux que colorent la thionine ou le rouge-magenta, et constituent une espèce parfaitement distincte. Ils ne remplissent pas toute l'étendue de la sphère, mais occupent seulement sa périphérie (périsphère ou plasmosphère), délimitant ainsi un espace médian, également sphérique, nettement circonscrit et d'aspect homogène. Au centre même de cette sphérule se trouve une petite masse colorée d'une façon très intense et souvent décomposable en une quantité de granules punctiformes enfouis dans une masse faiblement teintée qui les unit.

La position de cette centrosphère est constante. Elle est toujours dans la partie principale du corps cellulaire (le noyau étant excentrique), au milieu de l'endoplasme, plus près du point d'émergence du prolongement nerveux que du noyau. L'auteur montre que dans cette situation le centrosome est central par rapport à la masse protoplasmique, abstraction faite du noyau, mais non central si l'on considère la totalité de la cellule, le noyau y compris. Le noyau, en somme, se loge comme un étranger dans la masse protoplasmique, également répartie de part et d'autre du centrosome, et accroît ainsi l'étendue de l'une des moitiés de cette masse.

Dans les grosses cellules des ganglions spinaux, on n'observe ni sphère ni centrosome. On trouve seulement des grains fortement colorés (par l'hématoxyline de M. Heidenhain), répandus irrégulièrement dans presque toute l'étendue du corps de la cellule et qui répondraient aux granulations de la périsphère dans les petits éléments.

V. Lenhossék n'a pas pu davantage découvrir la sphère dans les cellules des ganglions spinaux des mammifères. Ici également le protoplasme montre souvent un arrangement suivant des lignes concentriques, mais le centre de ces courbes est représenté par le noyau. Il est possible que cette différence résulte de ce que l'équivalent dynamique et aussi peut-être morphologique du centrosome est placé dans le noyau, au lieu d'être extra-nucléaire comme chez la grenouille. A. NICOLAS.

Sur le développement des terminaisons nerveuses (fuseaux neuromusculaires et plaques motrices) dans les muscles à fibres striées, par G. WEISS et A. DUTIL (*Acad. des Sciences, 28 octobre 1895*).

Les fuseaux neuro-musculaires sont des organes terminaux particuliers. Ils ne prennent aucune part au développement des fibres musculaires ni de leurs plaques motrices. Ils ne représentent nullement, comme on l'a avancé, un stade de développement de ces éléments anatomiques ou une production pathologique. Ils constituent des terminaisons nerveuses de nature sensitive qu'il convient de rapprocher des terminaisons tendino-musculaires de Golgi. Leur mode de développement et celui des fibres nerveuses qui y aboutissent, leur persistance dans les muscles dont l'atrophie relève d'une lésion destructive et systématique des cellules des cornes antérieures, plaident évidemment en faveur de cette interprétation. M. DUVAL.

Das elastische Gewebe des Herzens (Le tissu élastique du cœur), par L. SEIPP (*Anat. Hefte, VI, 1, p. 63*).

Après avoir rappelé les diverses méthodes employées pour l'étude du tissu élastique, l'auteur s'arrête à la méthode de coloration par l'orcéine, soit par le procédé de Unna-Taenzer, soit par celui de Zenthöfer ou enfin par celui de Behrens. C'est là la méthode de choix qu'il recommande à cause de sa simplicité, de la constance et de la clarté des résultats qu'elle fournit. Il expose ensuite en détail ses recherches, dont voici les principales conclusions.

Le myocarde des ventricules cardiaques ne possède pas de fibres élas-

tiques qui lui soient propres. Les éléments élastiques qui se rencontrent dans le tissu interstitiel dépendent seulement de l'adventice des vaisseaux myocardiques. Le myocarde des oreillettes, au contraire, est très riche en fibres et en réseaux élastiques qui se continuent sans ligne de démarcation tranchée avec les éléments semblables des grosses veines.

Les éléments élastiques de l'épicarde des oreillettes se prolongent directement par ceux de l'adventice des grosses veines qui débouchent dans le cœur, tandis que ceux de l'épicarde ventriculaire se perdent sur le cône artériel sans se continuer dans l'adventice de l'aorte ou de l'artère pulmonaire.

L'épicarde reçoit un contingent important d'éléments élastiques fournis par l'adventice des vaisseaux coronaires.

La proportion des éléments élastiques est au moins dix fois plus considérable dans l'endocarde des oreillettes, notamment dans celui de la gauche, que dans l'endocarde des ventricules. Ici, ils ne consistent qu'en fibres et en réseaux; là, au contraire, ils se développent en membranes fenêtrées et en fibres spirales qui enlacent les faisceaux fibreux.

Dans les dépressions dépourvues de muscle des auricules et des oreillettes, les éléments élastiques endocardiques et épicardiques forment, en s'entrelaçant étroitement, une couche continue qui assure la fermeture extérieure de la dépression et dans laquelle il n'est pas possible de distinguer ce qui appartient à l'endocarde et ce qui revient à l'épicarde.

La charpente fibreuse de toutes les valvules du cœur (c'est-à-dire les plaques valvulaires) ne renferme chez le nouveau-né aucune fibre élastique tandis qu'elle en possède chez l'adulte. Ces éléments élastiques dérivent, ou bien des anneaux fibreux ou bien du revêtement endocardique des valvules, mais ils appartiennent également en partie à la plaque valvulaire elle-même.

La couche élastique des valvules est toujours plus développée sur la face valvulaire soumise à la plus forte tension, c'est-à-dire pour les valvules auriculo-ventriculaires sur la face auriculaire et pour les valvules sigmoïdes sur la face ventriculaire.

Chez l'enfant nouveau-né, l'élastica ventriculaire n'est en continuité ni avec l'élastica auriculaire, ni avec l'élastica artérielle, puisqu'il y a une interruption au niveau des valvules auriculo-ventriculaires; chez l'adulte, au contraire, cette continuité existe grâce au développement des éléments élastiques dans les valvules.

Les anneaux fibreux veineux et artériels sont, chez le nouveau-né, très pauvres, chez l'adulte très riches en fibres élastiques.

Les éléments élastiques de l'aorte et de l'artère pulmonaire naissent, tout à fait indépendamment de ceux de l'endocarde et du péricarde ventriculaires, entre les faisceaux circulaires des anneaux fibreux artériels. De même, les éléments élastiques de leur adventice n'ont pas de connexions avec les fibres de l'épicarde ventriculaire.

Enfin, les éléments élastiques de la paroi des veines caves se continuent directement, sans transition, avec ceux de l'oreillette gauche; on peut les suivre en partie dans l'épaisseur du myocarde. A. NICOLAS.

Ueber das Paranuclearkörperchen der gekernten Erythrocyten..... (Sur le corpuscule paranucléaire des érythrocytes nucléés et remarques sur la structure des érythrocytes en général), par L. BREMER (*Archiv für mik. Anat.*, *XLV*, *3*, *p. 433*).

Dans les globules rouges des amphibiens, des reptiles et des oiseaux, examinés à l'état frais ou après dessiccation et coloration appropriée, on constate l'existence, au voisinage du noyau, d'une petite masse sphérique incolore, dont le centre est occupé par un corpuscule extrêmement fin, qui est colorable. Ce corps paranucléaire est encore plus facile à reconnaître dans les jeunes érythrocytes et dans les érythroblastes. Le corpuscule central colorable peut être également mis en évidence avec facilité chez les oiseaux, plus difficilement chez le crapaud et surtout chez la grenouille. L'auteur n'a pas réussi à l'apercevoir dans les érythrocytes nucléés de la moelle des os chez les mammifères.

Le corps paranucléaire est d'origine nucléaire ; c'est un nucléole ou un fragment de nucléole émigré dans le discoplasme et entouré d'une substance qui provient aussi du noyau. Quand l'érythrocyte meurt, le corps paranucléaire se gonfle, se fragmente et enfin disparaît.

L'auteur décrit dans les globules rouges anucléés des mammifères une formation qu'il regarde comme l'équivalent du corps paranucléaire des érythrocytes nucléés et qui est particulièrement nette dans certains états pathologiques. Il l'appelle le *stigma* du globule rouge et le considère comme le premier indice de la dégénération. Cette formation se présente sous l'aspect d'une sphérule minuscule, claire et réfringente, qui ne se teinte pas par les réactifs colorants. Sa situation par rapport à la zone centrale de l'érythrocyte, que l'auteur regarde comme un noyau rudimentaire, les conditions dans lesquelles elle apparaît permettent de croire qu'il s'agit là d'une sorte d'enclave vestigiaire, d'un nucléole qui, contrairement au corps paranucléaire, n'aurait cependant pas émigré normalement dans le discoplasme.

Bremer signale enfin l'apparition, dans les érythrocytes moribonds, de grains ou de bâtonnets de fibrine, colorables par la méthode de Gram, et termine en notant l'existence, dans les globules rouges des oiseaux et des mammifères inférieurs (préparations par dessiccation colorées ou non) de deux bandes claires situées, de part et d'autre, au noyau, entre chacune des extrémités de ce dernier et le pôle correspondant de la cellule, bandes dont la signification lui échappe. A. NICOLAS.

Beitrag zur Kenntnis des feineren Baues der roten Blutkörperchen beim Hühnerembryo (Contribution à l'étude de la structure intime des globules rouges chez l'embryon de poulet), par A. DEHLER (*Arch. f. mik. Anat.*, *XLVI*, *3*, *p. 414*).

Chez l'embryon de poulet âgé de quelques jours (trois jours et demi) les globules rouges (métrocytes de 1[er] ordre d'Engel) présentent, relativement au corpuscule central, une disposition semblable à celle qu'on a décrite dans beaucoup d'autres cellules, notamment dans les leucocytes. Ces globules ont la forme d'une lentille biconvexe, leur noyau sphérique est toujours excentrique et en dehors de lui, du côté de la plus grande

masse de protoplasme, se trouve logé le corpuscule central ou plutôt le groupe de corpuscules centraux, car il y en a généralement deux ou trois. Habituellement ce microcentre est entouré d'une petite auréole circulaire claire (sphère attractive) limitée quelquefois par une couronne de granulations (granula de V. Beneden). Dans le protoplasma, on n'aperçoit d'ailleurs aucun autre détail, ni radiations ni stratification.

Dans les préparations colorées par l'hématoxyline ferrique de M. Heidenhain le bord de ces globules discoïdes se montre fortement coloré de sorte que le corps cellulaire est entouré par un anneau équatorial nettement limité qui paraît correspondre à une zone dense de protoplasma. Lorsque l'élément entre en division, cet anneau disparaît pour se reconstituer rapidement autour des cellules filles.

Au début de la mitose, le globule rouge dont il vient d'être question quitte la forme discoïde et devient sphérique. Les diverses phases de la division ne présentent rien de spécial.

En somme ces observations, en ce qui concerne le microcentre et ses relations avec le noyau, concordent avec celles de M. Heidenhain sur les leucocytes. La théorie de cet auteur sur la constitution cellulaire leur est applicable. A. NICOLAS.

Zur Darstellung des Sehpurpurs (Préparation du pourpre rétinien), par W. KUHNE
(*Zeitschr. f. Biologie, XXXII, p. 21, 1895*).

Les rétines de poisson ou d'amphibiens (que l'on peut détacher sans durcissement préalable) sont traitées par une solution de bile cristallisée. Cette solution doit être absolument exempte d'alcool : on la préparera, par exemple, en précipitant directement l'acide glycocholique de la bile de bœuf au moyen d'acide chlorhydrique et d'éther et en redissolvant le précipité dans une solution de carbonate de sodium.

Pour débarrasser la solution pourpre de l'hémoglobine qu'elle pourrait contenir, on la sature par le sulfate de magnésium qui précipite les sels biliaires et le pourpre. On lave le précipité à la solution saturée de $MgSO^4$, et on le redissout dans l'eau. Le sulfate d'ammoniaque précipite à la fois le pourpre et l'hémoglobine.

Un procédé encore plus simple et qui est applicable à toutes les rétines consiste à durcir d'abord les pièces anatomiques pendant 24 heures dans une solution d'alun à 4 0/0 qui rend l'hémoglobine insoluble. On détache les rétines, on les lave à l'eau (pendant une heure), puis on les place dans une solution de chlorure de sodium à 10 0/0, on les retire, les laisse égoutter et les triture avec une solution de sel biliaire à 4 0/0.

Les solutions de pourpre se conservent facilement si on les sature de NaCl, en y plaçant un cristal de ce sel. Il est encore plus simple de dessécher dans le vide soit le précipité obtenu par $MgSO^4$ (1er mode de préparation), soit la solution obtenue après durcissement à l'alun. Les solutions saturées de NaCl doivent être desséchées dans des capsules bordées à la paraffine.

Les rétines de grenouille, de poisson et de hibou fournissent les solutions les plus riches. LÉON FREDERICQ.

Ueber Entfärben des Pigmentepithels der Netzhaut (Décoloration du pigment épithélial de la rétine), par Eug. FICK (*Centralbl. f. Physiologie, IX, p. 577*).

Müller a préconisé récemment l'action combinée de l'eau oxygénée et de la lumière solaire pour décolorer le pigment noir de l'épithélium rétinien. Malheureusement cette opération rend le tissu rétinien friable. Fick préfère traiter la rétine (fixée au préalable, mais non durcie dans l'acide nitrique à 10 0/0) par un mélange d'une solution saturée de bichromate de potassium avec un tiers d'acide sulfurique dilué. La décoloration se produit à froid au bout de trois quarts d'heure, à chaud en quelques minutes. LÉON FREDERICQ.

Die Structur der Nervenzellen der Retina (La structure des cellules nerveuses de la rétine), par A.-S. DOGIEL (*Archiv f. mik. Anat., XLVI, 3, p. 394*).

La coloration par le bleu de méthylène des cellules nerveuses de la rétine (hibou, faucon, aigle) n'atteint pas simultanément et avec la même intensité tous les éléments d'un même type mais se fait inégalement et progressivement, de telle sorte que dans une même préparation, on trouve des cellules à différentes périodes d'imprégnation et qu'il est possible d'observer leurs éléments constituants au fur et à mesure qu'ils sont mis en évidence par la coloration. Dogiel distingue trois périodes.

Première période. — Au début apparaissent dans le corps cellulaire des grains bleus qui deviennent de plus en plus abondants et l'envahissent enfin tout entier. Cependant ils sont toujours beaucoup plus abondants dans la partie centrale, périnucléaire de l'élément que dans sa couche périphérique, ainsi que dans les dendrites et dans le cône d'origine du prolongement cylindraxile. Entre ces grains est répandue une substance homogène, incolore. La substance chromophile et la substance fondamentale sont donc inégalement réparties : la première est amassée surtout au centre du corps protoplasmique ; la seconde, à sa périphérie, dans les dendrites et dans le cône d'origine du cylindre-axe.

Puis les grains chromophiles, d'abord disséminés sans ordre, apparaissent rangés en séries, en fibrilles qui s'entrecroisent en différents sens au sein du corps cellulaire et se prolongent jusque dans les dendrites et dans le cône cylindraxile. Par suite de cet agencement des grains, la substance fondamentale non colorée se dispose en stries claires. Tout le corps de la cellule semble donc parcouru par des fibrilles granuleuses, colorées en bleu violet. Le noyau ne se colore que faiblement en violet rosé ou pas du tout. A la fin de cette période, période granulaire, les granulations chromophiles se rassemblent peu à peu en grains plus volumineux qui finissent par envahir toute l'étendue du protoplasma. Celui-ci prend dès lors un aspect grossièrement granuleux. Entre les gros grains se trouve la substance intermédiaire incolore et de fines granulations chromophiles.

Deuxième période. — Les granulations et les grains s'amassent en grumeaux intensément colorés. La cellule prend un aspect tacheté, moucheté comme une peau de tigre (Lenhossék). La forme de ces grumeaux est variable, arrondie, ovale, fusiforme ou anguleuse. Leur taille

diffère également et, semble-t-il, selon leur abondance, plus ils sont nombreux, plus ils sont petits. Ils sont à la fois plus gros et plus abondants dans la partie centrale du protoplasma, autour du noyau, que dans sa couche périphérique. Du reste, leur répartition varie suivant les cellules. On constate souvent qu'ils se disposent autour du noyau selon des courbes concentriques, ou bien ils se rassemblent par groupes, ou bien enfin sont uniformément répartis.

La couche périphérique est relativement pauvre en grumeaux chromophiles. Elle est plus ou moins épaisse et c'est d'elle que s'échappent les prolongements protoplasmiques, ainsi que le cône d'origine du cylindre-axe. Contrairement à Nissl, Schaffer et Lenhossék, Dogiel montre que des granulations chromophiles existent aussi bien dans la racine conique cylindraxile que dans les dendrites. Il n'est donc pas possible de la distinguer de celles-ci en se fondant sur leur structure respective, qui est semblable.

A la fin de la deuxième période, un troisième élément de la cellule devient évident, à côté des grains et de la substance fondamentale. Ce sont des fibrilles logées dans la substance fondamentale et particulièrement nettes dans la couche périphérique du corps cellulaire, ainsi que dans les dendrites. Ces fibrilles sont très fines, non variqueuses, se colorent comme les grumeaux chromophiles et parcourent la cellule en différents sens, s'entrecroisant les unes avec les autres de la façon la plus compliquée. Souvent elles se groupent en petits fascicules. Ces fibrilles se rencontrent aussi dans le cône d'origine du cylindre-axe et dans le cylindre-axe lui-même.

La conclusion de ce qui précède est que les prolongements dendritiques et le prolongement cylindraxile renferment les mêmes éléments : substance chromophile, substance fondamentale et fibrilles, mais en proportions inégales. Le dernier est constitué presque exclusivement par des fibrilles, les premiers par de la substance chromophile et par de la substance fondamentale.

Troisième période. — La substance fondamentale se colore. Toute la cellule paraît uniformément et intensément teintée en bleu. Tous les détails sont devenus indistincts. A. NICOLAS.

Ueber Epithelknorpen in der Regio olfactoria der Säuger (Les « bourgeons épithéliaux » dans la région olfactive des mammifères), par J. DISSE (*Anat. Hefte, VI, 1, p. 23*).

Disse a découvert dans la région olfactive de quelques mammifères des « bourgeons épithéliaux » tout à fait analogues à ceux de la muqueuse bucco-linguale et laryngée. On sait qu'ici ces formations sont plutôt connues sous les noms de bourgeons ou de calices gustatifs.

Chez le veau, où l'auteur les étudie spécialement, les bourgeons en question se rencontrent surtout dans la partie de la région olfactive qui correspond aux 3e et 4e cornets ethmoïdaux et au sillon qui les sépare. Il y en a aussi dans l'épithélium olfactif de la cloison. Enfin, on en trouve également dans l'épithélium respiratoire, en dehors, par conséquent, de la zone olfactive, mais ils sont plus petits, plus simples, que ceux qui occupent cette dernière.

En employant diverses méthodes de fixation et de coloration, notamment la méthode de Golgi, Disse a pu se convaincre que ces bourgeons sont composés, comme ceux des papilles linguales, par deux formes de cellules, des cellules de soutien agencées en une écorce périphérique à plusieurs assises et des cellules sensorielles. Celles-ci, amassées au centre, sont munies à leur extrémité périphérique d'un bâtonnet pointu qui fait saillie dans un « pore » situé au fond d'une dépression en forme d'entonnoir dont les parois se continuent vers la surface avec l'épithélium olfactif environnant. Dans les petits bourgeons de l'épithélium respiratoire, les cellules de soutien possèdent une bordure de cils comme les éléments cylindriques de cet épithélium.

Chacun de ces appareils sensoriels reçoit plusieurs fibres nerveuses qui pénètrent dans son épaisseur, entre les cellules, se divisent en plusieurs branches fines et se terminent par des extrémités libres souvent renflées en bouton. Les rapports des nerfs avec les éléments sensoriels ne sont donc pas, dans le bourgeon, les mêmes que dans l'épithélium olfactif. Il est bien établi, en effet, que les cellules olfactives sont de véritables cellules nerveuses qui émettent vers la profondeur un prolongement cylindraxile. Les fibres nerveuses des bourgeons sont, au contraire, des fibres terminales qui n'ont aucun rapport de continuité avec les éléments constitutifs de ces organes. Il est très vraisemblable que ces terminaisons appartiennent au trijumeau.

En résumé la constitution des bourgeons épithéliaux olfactifs est essentiellement la même que celle des bourgeons gustatifs. Ils sont cependant moins riches en nerfs et l'auteur n'a pas pu voir la moindre trace de fibres nerveuses dans les petits bourgeons de la zone respiratoire.

A. NICOLAS.

Ueber die Bedeutung der Gianuzzi'schen Halbmonde (Sur la signification des croissants de Gianuzzi), par H. KÜCHENMEISTER (*Archiv für mik. Anat.*, *XLVI*, *4*, *p. 621*).

Les cellules qui constituent les lunules ou croissants de Gianuzzi forment une couche indépendante des cellules mucipares en dehors desquelles elles sont situées. Ce ne sont pas des éléments muqueux, pas plus des éléments muqueux vidés de leur produit de sécrétion que des éléments muqueux de remplacement.

Leurs rapports intimes avec les canalicules sécréteurs permettent de penser qu'ils sont de nature séreuse. En effet, ainsi que l'ont montré divers observateurs, notamment Ramon y Cajal, Retzius, Laserstein et plus récemment E. Müller, ces canalicules (Sekretionscapillaren) s'insinuent entre les cellules de cette espèce, envoyant aussi peut-être des ramifications dans l'intérieur de leur corps protoplasmique, tandis qu'il n'en existe pas entre les éléments muqueux. Or, dans la glande sous-maxillaire du chat, glande muqueuse, et dans la sous-maxillaire de l'homme, glande mixte, qui ont servi d'objets d'étude à l'auteur, les lunules sont parcourues par des canalicules sécréteurs. A. NICOLAS.

I. — Étude morphologique des capillaires lymphatiques des mammifères, par L. RANVIER (*Acad. des Sciences, 9 décembre 1895*).

II. — Développement des vaisseaux lymphatiques, par L. RANVIER (*Ibid., 30 décembre 1895*).

I. — Les capillaires lymphatiques de la peau présentent des culs-de-sac latéraux et terminaux. La question est de savoir si ces culs-de-sac sont la véritable origine des lymphatiques, ou s'il faut la chercher dans des canaux plus petits qui viendraient s'y ouvrir. Pour cette recherche, un excellent objet d'étude est le pavillon de l'oreille du rat albinos ; on en peut injecter, par piqûre, le réseau lymphatique avec le bleu de Prusse soluble. On voit, sur la pièce montée dans le dammar, que, au niveau du bord libre du pavillon de l'oreille, les capillaires lymphatiques forment des culs-de-sac simples ou composés, qui n'atteignent pas l'épiderme ; jamais on ne voit le liquide injecté se répandre au-delà de la limite des culs-de-sac terminaux ; on ne voit jamais rien des prétendus canaux plasmatiques ; « je ne crois même plus, dit l'auteur, à la manière de voir que j'avais adoptée jadis, à savoir qu'à l'état normal les mailles du tissu conjonctif communiquent avec les lymphatiques. En anatomie, rien ne peut prévaloir contre l'observation directe des faits, et, lorsqu'on s'en écarte, quelles que soient les autorités sur lesquelles on s'appuie, on a bien des chances de tomber dans l'erreur. »

II. — Ces recherches ont été faites sur des embryons de porc. On trouve, dans le mésentère, à côté de chylifères développés et en rapport avec l'intestin, d'autres canaux lymphatiques se terminant par des culs-de-sac ou par des bourgeons, et présentant des bourgeons et des culs-de-sac latéraux. Les chylifères déjà développés sont munis de valvules, c'est-à-dire sont formés de *segments intervalvulaires* dont chacun paraît constituer une unité organique ; l'apparition de nouveaux canaux se fait par production, à l'extrémité ou sur le côté d'un segment intervalvulaire, d'un bourgeon cellulaire plein d'abord. Ce bourgeon s'accroît et il s'y forme une lumière, qui s'agrandit par suite de l'accumulation d'un liquide sécrété par les cellules du bourgeon. Ce liquide refoule, dans le segment attenant au bourgeon, les cellules endothéliales qui occupent le col de celui-ci ; leur ensemble figure alors une élégante collerette qui n'est autre chose que l'ébauche d'une valvule. C'est ainsi que des bourgeons, édifiés sur un segment intervalvulaire, deviennent des segments intervalvulaires, qui, à leur tour, donneront naissance à des bourgeons ; les lymphatiques croissent donc du centre à la périphérie. L'auteur compare ce mode de développement à celui des glandes, et il conclut qu'en effet le système lymphatique peut être considéré comme une immense glande vasculaire, ayant son origine embryologique dans le système veineux et déversant dans les veines son produit de sécrétion.

M. DUVAL.

De l'application de la méthode de Golgi-Cajal à l'étude du foie de l'homme adulte, par HANOT et LÉVI (*Arch. de méd. exp., VII, 5*).

Lorsqu'on applique à des foies de sujets adultes la méthode au chromate d'argent, on arrive à mettre nettement en relief le réseau des ca-

pillaires biliaires intra-lobulaires, à en fixer la disposition normale, et les modifications pathologiques éventuelles.

Le procédé réussit avec des foies de provenance variable (péritonite, tuberculose, affection cardiaque, etc.), recueillis dans les limites ordinaires des autopsies. Le réseau imprégné représente des figures polygonales à côtés rectilignes ou faiblement sinueux. Le réseau biliaire est superposé aux travées hépatiques, dirigé suivant le grand axe des cellules et séparé des capillaires sanguins par une épaisseur de protoplasma, conformément au schéma de Hering. Dans les cas où la cellule hépatique est atteinte de dégénérescence, et en particulier de stéatose, la méthode fournit encore des résultats fort nets. GIRODE.

Sur l'existence de ganglions nerveux spéciaux à proximité du sphincter du cholédoque, par R. ODDI et G.-D. ROSCIANO (*Arch. ital. de biol., XXIII, p. 459, et Monitore zool. ital., V, 9-10*).

Dans l'angle formé par l'écartement des couches musculaires de l'intestin qui laissent passer le cholédoque, entre ces couches et celles du sphincter même, on trouve des groupes de cellules sympathiques qui sont destinées an sphincter et en maintiennent l'état de tonicité. DASTRE.

Neue Untersuchungen über das Nierenepithel und sein Verhalten bei der Harnabsonderung (Nouvelles recherches sur l'épithélium rénal et sur la manière dont il se comporte pendant la sécrétion de l'urine), par H. SAUER (*Archiv für mik. Anat., XLVI, 1, p. 109*).

Après avoir montré que les réactifs fixateurs jusqu'alors mis en usage pour l'étude des épithéliums rénaux n'ont fourni que des résultats trompeurs, parce qu'ils provoquent des images artificielles, l'auteur préconise l'alcool acidulé par l'acide nitrique, le liquide de Peringi et surtout le mélange d'alcool, chloroforme et acide acétique de van Gehuchten. Il montre ensuite la nécessité de se placer dans des conditions expérimentales bien définies, si l'on veut pouvoir apprécier la valeur des divers états sous lesquels se présentent les tubes urinifères et leur épithélium. Il étudie alors le rein successivement chez les animaux (grenouilles et mammifères) rendus anuriques par privation d'eau, et chez des animaux devenus polyuriques par injection intra-veineuse d'une solution aqueuse de sucre ou de sel. De ces expériences découlent les conclusions suivantes :

1° La sécrétion n'a aucune influence sur la structure du protoplasma des éléments épithéliaux des tubes contournés. Dans toutes les phases de la sécrétion les bâtonnets d'Heidenhain et les bordures en brosse présentent le même aspect. Le noyau des cellules conserve toujours la même situation ;

2° Des modifications sécrétoires ne s'observent que du côté de la lumière des canalicules contournés. *a*) Quand la sécrétion de l'urine est abaissée au minimum, la lumière des canalicules est étroite, les cellules sont hautes et bombées. *b*) Lorsqu'au contraire la sécrétion urinaire atteint son maximum, cette lumière est large, les cellules sont aplaties et basses. *c*) Des reins que l'on examine à un moment quelconque et sans

tenir compte de l'état de la sécrétion montrent, outre ces deux phénomènes extrêmes (élargissement et rétrécissement de la lumière des canalicules), une foule de stades intermédiaires.

Dans un paragraphe spécial, Sauer critique les résultats du travail de Disse (sur la même question) et aussi ceux de divers histologistes qui ont décrit des modifications des cellules rénales. Pour lui, ces modifications sont des produits artificiels dus à l'action des réactifs. La bordure en brosse est une formation constante à l'état normal et dans toutes les phases de la sécrétion ; elle fait donc partie intégrante de la cellule, mais sa signification est encore obscure. A. NICOLAS.

Zur Topographie der menschlichen Nieren (Sur la topographie des reins chez l'homme), par F. HELM (*Anat. Anz.. XI, 4*).

Les principales conclusions des recherches de l'auteur, qui a examiné 104 cadavres (92 adultes, 12 enfants), sont les suivantes :

Les reins répondent, en général, à un segment de la colonne vertébrale, qui comprend la dernière ou les deux dernières vertèbres dorsales et les trois premières v. lombaires. Dans les deux tiers des cas, le rein droit est plus bas que le gauche, par suite de la présence du lobe droit du foie. Chez la femme, les reins sont, en général, moins élevés que chez l'homme de la hauteur d'une demi-vertèbre lombaire. Habituellement le pôle supérieur du rein est situé au niveau de l'attache de la 11e ou de la 12e côte, plus souvent de la 11e chez l'homme et de la 12e chez la femme. Le pôle inférieur atteint fréquemment la crête iliaque ou même la dépasse, seulement à droite chez l'homme (1 fois sur 9) ; chez la femme, au contraire, à droite aussi bien qu'à gauche, tantôt d'un seul côté, tantôt des deux côtés.

Les rapports des reins avec le gros intestin sont variables. Dans la majorité des cas, à droite, le côlon ascendant se recourbe en atteignant le pôle inférieur du rein, qu'il contourne (*flexura renalis*), puis longe son bord interne en montant vers le foie et se coude alors une deuxième fois pour se continuer avec le côlon transverse (*flexura hepatica*).

A gauche, le côlon descendant fait suite au côlon transverse qui monte obliquement au devant de l'extrémité supérieure du rein, il descend ensuite verticalement le long du bord externe de cet organe.

La longueur des reins est, en moyenne, de 10 à 12 centimètres ; elle est un peu moins considérable chez la femme.

Les points d'émergence des artères rénales sur l'aorte répondent ordinairement (2/3 des cas) au disque qui unit la 1re v. lombaire avec la 2e. Fréquemment (45,2 0/0), ils sont situés au même niveau. Plus rarement l'artère gauche prend naissance plus bas que la droite (39,8 0/0) et la disposition inverse s'observe encore moins fréquemment (15,1 0/0).

Les artères rénales accessoires se rencontrent à peu près dans la proportion de 1 : 3.

La mobilité des reins est plus considérable chez la femme que chez l'homme et plus accentuée à droite qu'à gauche.

L'accroissement de volume du foie ne produit nullement l'abaissement du rein droit ; par contre, lorsque les reins sont plus petits, ils sont plus élevés.

L'hypertrophie de la rate peut abaisser le rein gauche ; la dilatation de l'estomac, l'entéroptose, les hernies, etc., provoquent également des déplacements des reins. Il en est de même des malformations de la colonne vertébrale et de la cage thoracique, ainsi que de la constriction exagérée par le corset chez les femmes. A. NICOLAS.

Anomalie des artères rénales, par GUILLEMINOT (*Journ. de l'anat. et de la physiol., juillet-août 1895*).

Observation d'un cas où chaque rein, outre son artère rénale normale, possédait encore deux artères supplémentaires, l'une supérieure, l'autre inférieure, disposées toutes deux avec une symétrie parfaite. Il n'y avait aucune anomalie du système veineux. On trouve, dit l'auteur, de nombreuses observations d'artères rénales surnuméraires, de bifurcations prématurées de la rénale, etc., mais on n'en rencontre aucune présentant et cette symétrie artérielle et cette absence complète d'anomalie veineuse. M. DUVAL.

Ein junger menschlicher Embryo und die Entwickung des Pankreas bei demselben (Un jeune embryon humain; développement du pancréas chez cet embryon), par A. JANKELOWITZ (*Arch. f. mik. Anat., XLVI, 4, p. 702*).

Chez un embryon de 4,9^{mm} (4e semaine), avec 4 arcs branchiaux et 28 protovertèbres apparentes, l'auteur a pu confirmer les prévisions de W. Félix relatives à la formation du pancréas.

Il constate trois ébauches, une dorsale qui dérive de l'épithélium du duodénum primitif et deux ventrales, droite et gauche, qui proviennent de l'ébauche en forme de gouttière du canal cholédoque. A. NICOLAS.

Beiträge zur Entwickelungsgeschichte der Darmlymphknötchen (Contribution à l'étude du développement des follicules clos de l'intestin), par H. KÜCHENMEISERT (*Inaug.-Dissert. Rostock, 1895*).

Après avoir rappelé l'état de la question et les deux opinions principales actuellement en présence relatives au développement des éléments des follicules clos de l'intestin : origine mésodermique (Stöhr), origine entodermique (Retterer), l'auteur expose ses propres recherches qui ont porté sur le lapin et le cobaye.

Chez le lapin, les follicules clos (du cœcum) dans les premières phases de leur développement (de la naissance à la quatrième semaine) sont parfaitement délimités vis-à-vis de l'épithélium. Ils font leur apparition sous la forme d'amas de leucocytes qui soulèvent peu à peu, en s'accumulant, l'épithélium du fond d'une vallée circonscrite par des villosités. Ces leucocytes se divisent activement et proviennent certainement d'éléments cellulaires de la tunica propria. A partir de la quatrième semaine, l'épithélium qui recouvre ces ébauches de follicules est envahi par les leucocytes.

Chez le cobaye, comme chez le lapin d'ailleurs, l'époque de la première apparition des follicules est variable. Dans le cœcum d'un cobaye de sept jours, on voit dans la sous-muqueuse des follicules en voie d'évo-

lution formés par un amas de leucocytes dans lequel se ramifie une glande de Lieberkühn. L'épithélium de ces ramifications est envahi par des leucocytes. L'auteur considère la pénétration des ramifications glandulaires comme secondaire et ne survenant qu'après qu'une agglomération purement leucocytaire s'est déjà produite, aux dépens d'éléments mésenchymateux dans la sous-muqueuse.

Il pense que ce phénomène est en rapport, chez le cobaye, avec la situation profonde des follicules dont les éléments ne peuvent ainsi émigrer directement au travers de l'épithélium superficiel. Les cryptes de Lieberhühn en s'enfonçant dans leur sein leur fournissent en quelque sorte des chemins qu'ils suivent pour atteindre la lumière du tube digestif.

A. NICOLAS.

Sulla disposizione delle cellule muscolari liscie nella prostata, par G. LUSENA (*Anat. Anz., XI, 13, p. 399*).

Dans la prostate humaine le rapport quantitatif entre l'élément musculaire lisse et l'élément glandulaire varie avec l'âge. Chez le fœtus et l'enfant, le premier l'emporte de beaucoup sur le second; chez le vieillard c'est l'inverse et chez l'adulte les deux éléments sont en quantité égale.

La capsule fibreuse externe, comme dans toutes les glandes, émet par sa face profonde de courtes cloisons conjonctives accompagnées de quelques cellules musculaires, mais on ne peut pas pour cela dire, avec Kölliker, que les faisceaux musculaires ont une disposition radiée.

Les éléments musculaires suivent un trajet longitudinal le long des tubes glandulaires, formant des anses à l'extrémité de ceux-ci. Plusieurs sont agencés circulairement en niches autour des alvéoles.

L'élément musculaire lisse de la prostate précède dans le développement l'élément glandulaire.

A. NICOLAS.

L'aponévrose de la cavité naso-pharyngienne et de l'espace rétro-pharyngé, par E. ESCAT (*Arch. méd. de Toulouse, 1er septembre 1895*).

E. donne, dans ce travail, une description minutieuse des aponévroses pharyngées et montre que l'espace rétro-viscéral des auteurs allemands doit être identifié avec l'espace prévertébral des anatomistes français. Cet espace forme dans la région pharyngienne deux loges séparées par la cloison de la tunique fibreuse sur la partie médiane et formées par l'aponévrose prévertébrale en arrière et l'aponévrose latérale sur les côtés. Dans l'angle externe se trouvent les ganglions rétro-pharyngiens.

Il résulte de cette disposition que les abcès chauds rétro-pharyngiens doivent être ouverts par le pharynx ; ce n'est qu'exceptionnellement qu'on voit ces abcès fuser dans le cou et qu'on doit les ouvrir par l'incision cervicale ; par contre, c'est par l'extérieur qu'il faut ouvrir les abcès chauds latéro-pharyngiens et les abcès froids du mal de Pott cervical qui sont, à l'origine, toujours en arrière de l'espace rétro-pharyngé.

A. CARTAZ.

Die Schwanzmuskulatur des Menschen (La musculature caudale chez l'homme), par F. BLUM (*Anat. Hefte, XIII, p. 449*).

La musculature de la queue, relativement peu étudiée jusqu'à présent, comprend 4 muscles : M. sacro-coccygien antérieur, M. sacro-coccygien postérieur et deux M. coccygiens. L'auteur, sur 16 cadavres qu'il a examinés soigneusement, macro et microscopiquement, a trouvé le premier 3 fois, le second 1 fois et les derniers chez tous les sujets, seulement d'un seul côté chez 3 d'entre eux. Chacun de ces cas fait l'objet d'une description détaillée avec figures à l'appui. La signification de ces muscles, évidemment rudimentaires (au sens transformiste du mot), ne peut être établie que par l'anatomie comparée; aussi Blum examine-t-il ensuite la musculature caudale chez un singe à longue queue et chez un chimpanzé.

Le principal résultat de ces observations est que la musculature de la queue est, chez l'homme, encore bien représentée et souvent plus complètement qu'on ne l'admet communément. En combinant la statistique de Blum avec celle de Jacobi (56 sujets), le sacro-coccygien antérieur (M. fléchisseur de la queue) s'observerait dans la proportion de 8,3 0/0 ; le sacro-coccygien postérieur (M. extenseur), 2,7 0/0. Quant au M. coccygien (M. abducteur), il serait constant, quoique pas toujours bilatéral. Cette différence frappante dans le degré de fréquence de muscles annexés cependant tous à un même organe devenu rudimentaire, la queue, doit faire penser qu'ils n'avaient pas une égale importance. La perte des mouvements de flexion et d'extension réalisée de meilleure heure par suite de la fusion des vertèbres sacrées et coccygiennes, s'est accompagnée de la réduction, puis de la disparition des muscles qui en étaient les agents. Les mouvements de latéralité, au contraire, souvent conservées grâce à la mobilité du coccyx sur le sacrum, coïncident avec un développement relativement considérable des muscles abducteurs, les M. coccygiens. A. NICOLAS.

Recherches anatomiques sur les artères des os longs, par SIRAUD (*Paris, 1895*).

Il existe, pour les os longs des membres, une disposition caractéristique des vaisseaux artériels, dont la formule schématique peut être ainsi exprimée :

Autour de chaque épiphyse se trouve un cercle artériel embrassant l'os dans son circuit ; formé par des artères importantes, le cercle artériel périépiphysaire fournit à l'extrémité de l'os long des branches périostiques et surtout intra-osseuses.

La diaphyse est vascularisée à sa superficie par le réseau artériel périostique, ramifié dans l'épaisseur du périoste. Ce réseau est alimenté par des sources diverses : les troncs artériels principaux, les artères musculaires, cutanées... De la face profonde du périoste partent de fines artérioles qui se rendent au tissu osseux diaphysaire par les canalicules de Stauer. Le canal diaphysaire et la moelle qu'il renferme sont irrigués par une artère volumineuse : la nourricière diaphysaire ou artère médullaire, qui, dans le canal, se divise en deux branches inégales en calibre et longueur.

Ces divers systèmes de vaisseaux artériels des os longs sont en communication constante les uns avec les autres; il n'y a pas de territoire vasculaire distinct pour une partie d'un os long. F. VERCHÈRE.

Studien über die Structur des Knochengewebes (Études sur la structure du tissu osseux), par N. MATSCHINSKY (*Archiv f. mik. Anat., XLVI, p. 290*).

La structure fibrillaire de l'os est, d'après les recherches de l'auteur, facilement mise en évidence par la méthode suivante. On prépare des lamelles d'os extrêmement minces que l'on polit avec soin, en usant de précautions spéciales. Une fois prête et au besoin dégraissée, la lamelle est plongée dans une solution aqueuse de nitrate d'argent à 1 0/0 où elle séjourne peu de temps si on opère à la lumière, plusieurs heures si on maintient le récipient dans l'obscurité. On la lave ensuite à l'eau distillée, on la sèche avec du papier-filtre et, après l'avoir passée encore sur la pierre à polir pour enlever les précipités superficiels, on la monte dans le baume.

Dans ces conditions les fibres et faisceaux de fibres apparaissent, au microscope, colorés en brun foncé, presque noirs. La substance intermédiaire est demeurée incolore. Les corpuscules osseux se présentent sous l'aspect d'espaces anguleux, tandis que les canalicules osseux remplis par le baume sont invisibles.

Grâce à cette méthode, l'auteur confirme, d'une façon générale, les observations de Ebner. Une lamelle quelconque d'un système Havers se montre constituée par de très fines fibrilles agencées en faisceaux dont l'épaisseur, du reste variable, ne dépasse pas 1 μ. Ces faisceaux se divisent et s'anastomosent entre eux. Le plus souvent ils courent parallèlement les uns aux autres, mais en décrivant des ondulations. Par place ils s'entrecroisent, sous différents angles, quelquefois très régulièrement et se groupent parfois en faisceaux secondaires. Ailleurs ils affectent une disposition plexiforme, notamment dans les couches les plus superficielles de l'os (lamelles fondamentales périphériques).

Les lamelles osseuses ainsi constituées et juxtaposées dans un même système de Havers sont plus ou moins épaisses. Tantôt elles demeurent indépendantes, tantôt elles s'anastomosent en échangeant des fibres ou des faisceaux de fibres. Les fibres de lamelles voisines sont orientées dans des sens différents; elles s'unissent quelquefois d'une manière spéciale en donnant naissance à des images qui rappellent les dispositions d'une palme.

Les corpuscules osseux sont logés entre les faisceaux de fibres qui s'écartent pour leur faire place.

Quant à la substance intermédiaire, au ciment, on doit admettre qu'il existe, ainsi que Ebner l'a prétendu, en très minime quantité entre les fibrilles, mais en masse plus appréciable dans les interstices des faisceaux.

A. NICOLAS.

Sur l'activité sécrétoire des épithéliums de Wolff et des épithéliums rénaux dan les premiers jours de développement embryonnaire, par Sophie BAKOUNINE (*Arch. ital. de biol., XXIII, p. 350, et Atti della R. Accad. di Napoli, XLVIII, 3*

L'aptitude à sécréter est peut-être moins grande dans les épithéliums de

Wolff que dans les épithéliums rénaux proprement dits; cependant, elle existe indubitablement dès les commencements de l'évolution embryonnaire. Dans les reins primitifs comme dans les reins adultes, la sécrétion d'indigo-carmin a lieu seulement de la part des épithéliums canaliculaires, jamais de la part des glomérules dans les capsules de Bowmann. Il est probable, mais non démontré, que les épithéliums aptes à la sécrétion de substances étrangères, injectées dans la circulation, remplissent dans l'embryon une fonction déterminée. DASTRE.

PHYSIOLOGIE.

The results of experimental destruction of the tubercle of Rolando, par William-Aldren TURNER (*Brain*, *LXX et LXXI*, *p. 231*, *1895*).

Les résultats de la destruction isolée du tubercule de Rolando peuvent être divisés en deux groupes :

1° Il se produit une anesthésie notable dans la sphère de distribution du nerf trijumeau, bien qu'on n'observe pas de troubles trophiques, comme après l'arrachement du ganglion de Gasser. Simultanément, on constate la contraction de la pupille du côté anesthésié, ce qui démontre bien l'existence de fibres nerveuses dilatatrices de la pupille dans la branche ophtalmique du trijumeau.

2° Du côté de la lésion, la sensibilité générale des membres est altérée, et le tact mal perçu, tandis que la sensibilité à la douleur est conservée. Du côté opposé à la lésion, c'est l'inverse : les impressions tactiles persistent, tandis que la douleur n'est pas sentie.

L'auteur rappelle des expériences de Betcherew qui confirment partiellement ces résultats, et il donne le résumé de deux observations cliniques (Betcherew et Steiglitz), où la lésion du tubercule de Rolando amena l'anesthésie correspondante du trijumeau. H. R.

Die unipolare Reizung des verlängerten Markes des Frosches (Excitation unipolaire de la moelle allongée de la grenouille), par N. MUCHIN (*Zeit. f. Biologie*, *XXXII*, *p. 29*).

La substance grise de la moelle allongée d'une grosse grenouille est mise à nu par soulèvement du vélum médullaire et soumise à des excitations unipolaires punctiformes. La grenouille est couchée sur une plaque de cuivre isolée par une feuille d'ébonite. La plaque est reliée par un fil métallique avec l'un des pôles de la bobine secondaire du chariot de du Bois-Reymond, tandis que l'autre pôle est mis en communication avec la terre par l'intermédiaire des conduites de gaz du laboratoire. La bobine primaire est reliée avec son trembleur à la source

d'électricité (deux Daniells) qui l'alimente. Pour exciter la moelle allongée, il suffit de la toucher au moyen de la pointe d'une aiguille tenue à la main. L'auteur a principalement expérimenté sur la substance grise du noyau du *N. abducens* qui anime les muscles rétracteurs du bulbe et droit externe. Il a démontré l'excitabilité directe de la substance grise. Dans ces expériences, la période latente de la contraction du muscle rétracteur fut de 0,023″ pour l'excitation directe du muscle, de 0,028′ pour l'excitation du N. abducens, de 0,029″ pour l'excitation des racines bulbaires du nerf, et de 0,04″ pour l'excitation de la substance grise.

L'auteur donne une figure de la moelle allongée de la grenouille sur laquelle il a représenté ces différents points physiologiques dont l'excitation punctiforme a été suivi d'un effet moteur. LÉON FREDERICQ.

Persistance de l'excitabilité dans le bout périphérique des nerfs après section, par S. ARLOING (*Arch. de physiol.*, *p. 75*, *1896*).

Voici les conclusions de ce travail : La persistance de l'excitabilité dans le bout périphérique des nerfs après section ne peut être fixée d'une manière générale. Elle varie avec l'espèce. Les solipèdes se font remarquer par une persistance très prolongée. Elle varie avec les individus, dans une même espèce, suivant des conditions mal connues. Dans un individu, enfin, elle varie suivant les nerfs. Elle est plus grande dans les nerfs craniens que dans les nerfs spinaux.

Dans certains nerfs complexes, elle varie avec les faisceaux constituants et peut servir ainsi à leur analyse. C'est ainsi que, pour le pneumogastrique on reconnaît aussi quatre espèces de fibres à direction centrifuge ; accélératrices cardiaques, modératrices cardiaques, motrices pour le larynx et l'œsophage, enfin véritable nerf moteur cardiaque arrêtant le cœur en systole. DASTRE.

La sensibilité et l'âge, par S. OTTOLENGHI (*Archives ital. de biol.*, *XXIV*, *p. 139. et Giorn. delle R. Accad. di Torino*, *LVIII*, *n° 2*).

La sensibilité est plus obtuse chez les dégénérés : elle varie suivant les classes sociales et sur un même individu suivant les âges. La sensibilité générale moyenne se manifeste par une excitation électrique de 15 à 20 volts ; fine par 10 à 15 ; très fine par 10 ; obtuse par 30 volts et au-dessus. Les mesures donnent pour les enfants de 9 à 14 ans une sensibilité moyenne ; de 14 à 19 ans, fine. La sensibilité progresse de la jeunesse à la virilité, et les différences dépendent alors des conditions sociales. Chez les vieillards elle décroît jusqu'à l'extrême obtusion. Quant à la sensibilité à la douleur, elle est très obtuse chez les enfants ; elle va en se perfectionnant avec l'âge (excitation faradique supérieure à 90 volts) ; toutes choses égales d'ailleurs.

Il résulte de là que l'enfant est incomplet quant aux deux formes de sensibilité physique, comme il l'est au point de vue de la sensibilité psychique (sens moral). Les vieillards ont une sensibilité à la douleur plus vive, c'est-à-dire offrent moins de résistance, quoique leur sensibilité générale soit amoindrie, ce que l'auteur croit pouvoir exprimer en disant qu'ils résistent moins à la douleur tout en la sentant moins. DASTRE.

Sur la distribution fonctionnelle des racines motrices dans les muscles des membres, par O. POLIMANTI (*Arch. ital. de biol.*, *XXII*, *p. 333*).

Les expériences ont porté sur les plexus brachial et lombo-sacré des chiens, chats et lapins. En voici les conclusions : 1° l'innervation des membres présente, dès les origines médullaires, une systématisation évidente; cette systématisation est fonctionnelle, c'est-à-dire que les filets moteurs sortant de la moelle à un niveau donné se distribuent à des groupes musculaires synergiques et concourent ainsi à un mouvement associé (P. Bert et Marcacci); 2° le mouvement associé est complet et épond à une fonction donnée; telle que le saut, par exemple, qui peut faire entrer en jeu des muscles antagonistes, mais de manière à concourir à l'accomplissement de l'acte, habituel ou volontaire; 3° chez différents animaux, l'excitation des racines correspondantes ne provoque pas les mêmes actes fonctionnels. Par exemple, la seconde racine sacrée constitue le nerf de la joie, chez le chien; chez le chat elle provoque les mouvements de la queue en rapport avec la colère. DASTRE.

Sur la contractilité pulmonaire, par G. FANO et G. FASOLA (*Arch. ital. de biol.*, *XXI*, *p. 328*, *et Arch. per le sc. med.*, *XVII*, *p. 431*).

1. Il existe des fibres musculaires lisses et des striées dans les poumons de la tortue d'Europe. Le parenchyme pulmonaire présente des mouvements étendus. 2. Les contractions et relâchements rythmiques reproduisent la forme des mouvements respiratoires et obéissent au centre respiratoire bulbaire. 3. Les fibres lisses sont innervées par le vague; les fibres striées par les nerfs spinaux et en partie par le vague. 4. Les deux espèces sont rendues synergiques par le centre bulbaire. 5. Les poumons sont en état de tonicité constante. 6. Celle-ci dépend de l'innervation extrinsèque et intrinsèque. 7. Les oscillations de la tonicité ne dépendent pas des centres nerveux. 8. Les poumons de l'Emys représentent, sous certains points de vue, un muscle creux analogue au cœur.

DASTRE.

L'influence des troubles chimiques et mécaniques de la respiration sur la métamorphose régressive, par G. COLASANTI et O. POLIMANTI (*Arch. ital. de biol.*, *XXIII*, *p. 480*).

Les auteurs ont étudié l'urée et l'azote total de l'urine, comme mesure de la métamorphose régressive des substances albumineuses, en gênant la respiration mécaniquement par la constriction du thorax, ou par la ventilation exercée à travers des tubes de faible calibre ; en second lieu, en la gênant chimiquement par des gaz actifs, oxyde de carbone, hydrogène sulfuré, ou inertes, hydrogène, azote. Les résultats des troubles mécaniques sont les suivants : l'élimination de l'urée et de l'azote est moindre que lorsque la respiration est libre. Si elle redevient libre, les deux facteurs augmentent à nouveau. La diminution était d'ailleurs en rapport avec l'importance des troubles provoqués.

Le résultat des perturbations chimiques s'exprime ainsi : Il y a dimi-

nution d'azote et d'urée, absolue et relative à la quantité d'urine. La diminution est plus grande avec les gaz actifs qu'avec les gaz inertes. La diminution est en rapport avec la gravité des troubles respiratoires. Il y a augmentation lorsque la respiration recommence à être libre. En résumé, les troubles de toute espèce qui altèrent le fonctionnement respiratoire dépriment l'activité du processus biochimique. DASTRE.

Sur l'évolution des fonctions embryonnaires, par Sophie BAKOUNINE (*Arch. ital. de biol., XXIII, p. 420*).

L'auteur expose ses recherches sur la respiration de l'embryon. Il semblerait, en ce qui concerne le poulet, que le développement peut commencer et se poursuivre jusqu'à la 15e heure dans une atmosphère d'hydrogène. Cette période anaérobique de Schwann est très douteuse et B. ne l'a pas observée en prenant toutes précautions pour écarter les traces résiduelles de l'oxygène. La nécessité de la respiration s'imposerait donc dès le début de l'évolution. Ce qui varie, c'est l'intensité du phénomène, c'est-à-dire la consommation de l'O. Au début, elle est presque insignifiante, comme le prouvent les expériences de vernissage presque complet de la surface de l'œuf (Dareste, Marshall, Dising). Dans des œufs tenus sous l'eau, le développement atteint à peu près la 24e heure. Il y a tolérance pour les milieux très pauvres en oxygène jusqu'au 6e jour (formation de l'allantoïde), à partir duquel les besoins respiratoires sont aussi forts qu'après la naissance. De plus, la continuité de la respiration n'est pas indispensable; lorsque l'embryon est remis à l'air, les battements du cœur, qui avaient cessé, reprennent. Jusqu'au huitième jour, l'embryon tolère très bien le séjour dans une atmosphère d'oxyde de carbone et d'air; un embryon de trois jours a résisté 24 heures et continué à croître. Enfin, les poulets embryonnaires tolèrent les milieux d'oxygène pur et d'air ozonisé; mais l'infiltration graisseuse des tissus, témoin de l'intensité des processus d'oxydation, n'en fut pas modifiée. DASTRE.

I. — Étude critique et expérimentale de la vaso-constriction pulmonaire réflexe, par Ch. FRANÇOIS-FRANCK (*Arch. de physiol., p. 178, 1896*).

II. — Étude du rôle de la vaso-constriction pulmonaire réflexe à l'état normal et dans quelques conditions pathologiques, par le même (*Ibid., p. 193, 1896*).

I. — L'excitation du sciatique provoque, d'après Hofmokl (1875), une contraction réflexe insignifiante dans le poumon. Lichtheim (1876) n'a pas observé d'augmentation réflexe du tonus par les excitations centripètes. Morel (1880) a constaté l'élévation de la pression dans l'artère pulmonaire chez les animaux subissant des irritations variées des viscères abdominaux, sans décider si c'était l'effet du cœur droit ou des vaisseaux pulmonaires, ou des deux. Les irritations endo-aortiques provoquent un spasme réflexe des vaisseaux pulmonaires, augmentation de pression dans l'artère pulmonaire, diminution dans le cœur gauche et l'aorte. Fr.-Franck (1890), Bradford et Deen (1889-1894), ont étudié l'effet de l'excitation des nerfs sensibles sur les pressions aortique et pulmonaire, qu'ils ont vu s'élever simultanément, ce qui peut s'interpréter par l'aug-

mentation de l'action du cœur d'une part, et d'autre part en supposant une transmission rétrograde de l'accroissement de pression aortique.

L'excitation du sciatique produit un spasme peu marqué : l'excitation centripète d'un nerf intercostal, un spasme évident, d'où la justification des révulsions cutanées thoraciques dans les affections congestives aiguës du poumon. L'excitation centripète du vague produit les effets de constriction les plus manifestes. L'excitation centripète du splanchnique a des effets moins nets.

F. reprend la question en mesurant la pression dans l'oreillette gauche au lieu du système aortique. Il constate les effets de l'excitation du nerf crural, du sympathique abdominal, le spasme réflexe des auteurs précédents. D'ailleurs leur méthode, convenablement interprétée, peut présenter autant de sécurité et même davantage dans le cas où la pression s'élève aussi dans l'oreillette gauche, sous l'influence de la constriction des vaisseaux généraux. Il suffit de remarquer que l'élévation de pression se maintient dans l'artère pulmonaire, tandis qu'elle tombe bientôt dans le vaisseau aortique. L'excitation centripète des nerfs intercostaux est très efficace. De même l'excitation centripète du pneumogastrique abdominal, à condition d'éliminer l'effet inhibitoire réflexe sur le cœur au moyen de l'atropine. L'excitation centripète du sympathique abdominal provoque une élévation soutenue de la pression artérielle pulmonaire en opposition avec une élévation qui est seulement passagère dans le système aortique. La réaction réflexe (spasme pulmonaire) s'étend à tout le poumon et n'est pas corrigée par des effets simultanés dilatateurs, comme dans le système aortique.

II. — Lorsque la pression aortique s'élève anormalement par excès d'action cardiaque, compression de l'aorte, excitation vaso-motrice centrale, excitation des nerfs sensitifs, cette excitation est rapidement combattue par des facteurs divers, à savoir : vaso-dilatation viscérale résultant de la mise en jeu du dépresseur de Ludwig et Cyon — ou inversement vaso-dilatation cutanée automatique si la pression a augmenté d'abord dans le système viscéral (Loi de balancement de Dastre et Morat).

Un second mécanisme est le ralentissement du cœur ; le spasme des vaisseaux pulmonaires est le troisième. L'étude de la répartition des réactions vaso-motrices dans un grand nombre de territoires aortiques, poursuivie au moyen des explorations volumétriques multiples et simultanées, et dans les réseaux pulmonaires, permet de démontrer que les vaisseaux du poumon se resserrent dans leur totalité, sous l'influence des stimulations réflexes, tandis que dans le système aortique la vaso-constriction alterne avec la vaso-dilatation sans qu'aucune loi de répartition puisse être rigoureusement formulée. Le spasme réflexe des vaisseaux pulmonaires constitue la condition principale de la dilatation aiguë du cœur droit dans les affections douloureuses de l'abdomen (maladie de Potain); mais il nécessite la mise en jeu simultanée des influences nerveuses cardio-inhibitoires : celles-ci atténuent la résistance du myocarde ventriculaire et empêchent le cœur de résister à l'excès de pression intérieure. L'obstacle à l'évacuation du ventricule droit, même quand il est très important (compression de l'artère pulmonaire) ne produit de dilatation ventriculaire avec insuffisance tricuspidienne que si l'action dépressive des nerfs modérateurs est simultanément mise en jeu. Les irritations

nasales aortiques, etc., provoquent aussi le spasme des vaisseaux pulmonaires et la bronchio-constriction, éléments essentiels de l'asthme réflexe. DASTRE.

Quelques observations sur les systoles avortées, par RODET (*Arch. de physiol., p. 206, 1896*).

Laulanié (1892), Meyer (1892) ont signalé des systoles qui diffèrent des systoles ordinaires. Rodet et Nicolas (1896) les ont observées aussi dans le cas de piqûre du cœur. Elles diffèrent des systoles ordinaires par leur forme, courte, sans plateau, rappelant la secousse simple du muscle strié : elles en diffèrent par un autre caractère, conséquence du précédent, c'est qu'elles sont inefficaces, c'est-à-dire que si l'on enregistre simultanément le tracé du pouls on voit qu'il n'y a pas d'onde pulsatile correspondante dans les artères et la pression y baisse. Ce sont ces systoles que l'on appelle *avortées*, *inefficaces*, *systoles stériles*, *systoles en secousse simple*. L'opinion commune est que la systole est une contraction tonique, une contracture (Marey, Dastre, Morat); Fredericq la considère comme un tétanos formé de 3 ou 4 secousses fusionnées (1888), Contejean (1894) opérant de même, conclut de même. L'auteur considère la systole normale comme une secousse non seulement prolongée, mais renforcée : le renforcement ne pouvant provenir que de l'addition d'une nouvelle contraction : les phases successives de l'effort, sont des efforts successifs. D'après cela, seules les systoles avortées, dont la courbe imite la secousse d'un muscle strié ordinaire sont des secousses du myocarde. Les systoles normales seraient des contractions renforcées (une des conditions de ce renforcement étant l'évacuation du sang ou l'efficacité) c'est-à-dire composées de plusieurs efforts croissants, dont l'interprétation la plus simple consiste à les considérer comme des secousses imparfaitement fusionnées. DASTRE.

I. — Der Verschluss der Kranzarterien des Herzens, par R. TIGERSTEDT (*Centr. f. Physiologie, IX, p. 545 et 641*).

II. — Weiteres über den Verschluss der Coronarterien ohne mechanische Verletzung (Occlusion des artères coronaires sans irritation mécanique), par W.-T. PORTER (*Ibidem*).

I et II. — W. T. Porter a démontré (*Centralbl. f. Physiologie*, IX, p. 481) que l'occlusion des artères coronaires du cœur obtenue par l'introduction d'un stylet de verre poussé dans l'orifice aortique de ces artères provoquait l'arrêt du cœur par anémie simple sans qu'on pût mettre cet arrêt sur le compte d'une irritation mécanique concomittante. R. Tigerstedt fait remarquer que dans les expériences de Porter, l'occlusion des artères coronaires a provoqué l'arrêt du cœur (par anémie) sans contractions fibrillaires (pour lesquelles Tigerstedt admet l'irritation mécanique comme cause).

Porter, dans sa nouvelle communication, insiste sur le fait que l'arrêt mortel du cœur a, dans toutes ses expériences, sauf une seule, été accompagné de trémulations fibrillaires. Les mêmes trémulations fibrillaires se montrent si l'on injecte dans les artères coronaires (en évitant toute

irritation mécanique, injection par la carotide, par exemple, l'aorte étant comprimée temporairement au niveau de la partie descendante de la crosse, ainsi que les autres grosses artères qui en naissent) du sang chargé d'oxyde de carbone ou de poudre de lycopode.

Si ces trémulations fibrillaires ne se montrent pas aussi nettement au cours d'une saignée artérielle mortelle (section des carotides), il ne faut pas perdre de vue que dans ce cas l'anémie du cœur survient plus lentement et atteint le muscle cardiaque au moment où la contraction de ce muscle n'a plus à lutter contre une pression sanguine élevée. LÉON FREDERICQ.

Zur Dynamik des Herzmuskels (Dynamique du muscle cardiaque), par Otto FRANK (*Zeitschr. f. Biol.*, *XXXII*, *p. 370*, *1895*).

L'auteur a répété sur le muscle cardiaque de la grenouille quelques-unes des séries d'expériences (myogrammes isométriques et isotoniques des ventricules et des oreillettes) faites par Fick, v. Kries, etc., sur les muscles du squelette et étudié la courbe des variations de pression du cœur sous différentes influences. LÉON FREDERICQ.

Sur la nature du zymogène du fibrin-ferment du sang, par F. CASTELLINO (*Arch. ital. de biol.*, *XXIV*, *p. 40*).

La coagulation du sang n'a lieu que quand les éléments morphologiques de celui-ci présentent des modifications nécrobiotiques. A la précipitation de la fibrine coopèrent d'abord les plaquettes de Bizzozero; plus tard les leucocytes, car on constate un nouveau réticulum en rapport intime avec eux dès qu'ils s'altèrent. Les hématies ont une faible part à la coagulation chez les mammifères; une grande part chez les ovipares. Les plaquettes ne sont point un précipité de globuline; elles sont un élément normal et morphologique du sang présentant toujours des caractères constants, zone protoplasmique, noyau central. L'injection endoveineuse d'eau distillée chez un animal produit une grande destruction dans le sang et tue par thrombose; le sérum de l'animal a une action coagulante énergique et un pouvoir globulicide marqué. La coagulation de la fibrine est facilement déterminée par un zymogène qui se trouve par ordre décroissant d'énergie dans les plaquettes, les leucocytes polynucléés, les globules rouges nucléés, les granulations. L'hémoglobine n'a aucune action. L'extrait aqueux de plaquettes, de leucocytes, d'hématies détermine rapidement la coagulation de la fibrine, s'il est versé dans du plasma contenant du fibrinogène de Hammarsten. S'il s'agit d'une solution dans NaCl physiologique, la coagulation a lieu plus lentement. Quelques substances (alcool, acides, extrait de Haykraft, ferment pancréatique) diminuent ou empêchent la coagulation de la fibrine. Les plaquettes sont composées surtout de nucléo-albumines; les globules blancs et les hématies des ovipares en contiennent aussi. L'injection de nucléine détruit les éléments figurés, accélère et favorise la coagulation. Dans le cas d'altération du sang, le sérum et l'urine sont globulicides, coagulants et toxiques. Le zymogène du fibrin-ferment serait une nucléo-albumine (Lilienfeld). DASTRE.

Beitrag zur Pathologie des Blutes (Anatomie pathologique du sang), par REINERT (*Münch. med. Woch., p. 345, 1895*).

L'auteur attire l'attention sur les analogies de composition du sang chez les cardiaques et chez les individus sains dans les climats d'altitude, sous l'influence commune de l'insuffisance d'oxygène. La multiplication des globules rouges est une compensation à la diminution de l'oxygène, venant augmenter la surface globulaire. Le sang des cardiaques compensés se caractérise par l'exagération du nombre des hématies, l'hémoglobine restant normale ou au-dessous de la normale. La preuve de l'influence de l'anoxyhémie sur l'augmentation de nombre des hématies, il la trouve, entre autres, dans les numérations comparatives faites d'une part, dans la région sous-claviculaire ; d'autre part, à la jambe d'un individu atteint d'obstruction de la veine cave supérieure à la suite de cancer du médiastin. Il trouve dans la partie cyanosée 600,000 globules de plus que dans la partie à circulation normale. C. LUZET.

Ueber den Quellungsgrad der rothen Blutscheiben durch äquimoleculare Salzlösungen und über den osmotischen Druck des Blutplasmas (Sur la pression osmotique du plasma sanguin et le degré de gonflement des hématies sous l'influence de solutions salines équimoléculaires), par H. KOEPPE (*Arch. f. Physiol.*, *p. 154, 1895*).

L'auteur détermine le volume des globules rouges du sang non défibriné, au moyen de l'hématocrite. Le sang est introduit dans une pipette contenant un peu d'huile de cèdre (pour empêcher la coagulation). Il détermine pareillement le volume des globules rouges dans des échantillons du même sang dilué avec des solutions salines de composition connue. Il constate une relation constante entre le volume des globules et la pression osmotique du liquide salin employé : les globules gonflent dans les solutions trop diluées, ils diminuent de volume dans les solutions trop concentrées. Leur volume ne varie pas si l'on emploie des solutions isotoniques, par exemple : chlorure de sodium 0,9 0/0, nitrate et oxalate de sodium 1,3 0/0, phosphate de sodium 2 0/0, sulfate de magnésium 5,5 0/0, sucre de cannes, 7,8 0/0, etc.

Il faut donc, lorsqu'on donne une mesure de volume des globules rouges du sang, indiquer chaque fois la pression osmotique du liquide qui a servi à faire la détermination à l'hématocrite. LÉON FREDERICQ.

Influence du système nerveux sur la propriété que possèdent les injections intraveineuses de peptone de suspendre la coagulabilité du sang chez le chien, par Ch. CONTEJEAN (*Arch. de physiol., p. 159, 1896*).

L'incoagulabilité du sang est due à la présence d'une substance anticoagulante neutralisant le fibrin-ferment (Fano, Contejean). Cette substance ne serait autre chose que la peptone elle-même modifiée, pour Fano, Ledoux, Grosjean. C'est, pour Contejean, une substance nouvelle, sécrétée par l'organisme... et par tout l'organisme.

Le phénomène subsiste, en effet, lors même que l'on a supprimé le

foie. Le choc nerveux est impuissant à entraver l'action de la peptone, de même la suppression de la circulation dans un territoire important, ni les vivisections pratiquées sur l'axe cérébro-spinal. Au contraire, l'extirpation des ganglions cœliaques diminue notablement l'action spécifique des injections de peptone. Cette influence n'est pas empruntée à la moelle par la voie des splanchniques, non plus qu'aux nerfs vagues. DASTRE.

La coagulation du sang et les sels de chaux, par M. ARTHUS (*Arch. de physiol., p. 47, 1896*).

Le sang oxalaté (à 1/1000) n'est pas spontanément coagulable. Pourquoi? Parce qu'il est décalcifié, selon Arthus ; parce qu'il est oxalaté, selon A. Schmidt, car il faut toujours employer un excès d'oxalate. Selon cet auteur (mémoire posthume), les sels forment une série, depuis l'oxalate très anticoagulant, jusqu'au chlorure de sodium et sulfate de magnésie qui n'agissent que concentrés avec les intermédiaires fluorures, citrates. Cette vue de Schmidt est inexacte pour les raisons suivantes : 1° tous les sels (oxalates, fluorures, savons) qui possèdent la propriété de précipiter les sels de calcium de leur solution, possèdent également la propriété de rendre le sang non spontanément coagulable, à la dose où ils sont décalcifiants ; 2° lorsqu'au plasma de sang oxalaté à 1 1/000 on ajoute quelques millièmes de chlorure de magnésium, addition qui ne précipite pas l'oxalate dissous, on peut déterminer la coagulation de ce plasma avec de très petites quantités de sels calciques, quantités incapables de précipiter l'oxalate dissous. Grâce à cet artifice on laisse subsister l'oxalate et cependant la coagulation est possible ; 3° lorsqu'on enlève par dialyse au plasma oxalaté l'excès d'oxalate, on ne peut le rendre coagulable (l'opération étant faite en présence de chlorure de sodium permettant cependant la précipitation de la fibrine). La présence de sels de calcium dissous dans le sang est une condition nécessaire de la coagulation. DASTRE.

Blutbefunde nach Aderlass (État du sang après saignée), par KOEPPE (*Münchener med. Woch., n° 39, p. 904, 1895*).

Opérant sur le lapin, l'auteur constate que c'est au moment où l'on constate le nombre minimum de globules que les érythrocytes nucléés apparaissent dans le sang, et qu'ensuite commence la régénération du nombre. Mais l'abaissement du titre de l'hémoglobine est toujours plus considérable que celui du nombre des hématies ; il explique ce fait par l'apparition des petits globules, qui sont la conséquence de la division des premiers dans le sang. C. LUZET.

Comment se comporte la glycose du sang durant le travail musculaire, par E. CAVAZZANI (*Arch. ital. de biol., XXIII, p. 472*).

L'auteur a cherché si, à la suite du travail musculaire, la quantité de sucre diminue dans la masse générale du sang. Cette diminution aurait lieu chez les animaux fatigués, mais elle serait faible. De telle sorte que le sucre consommé par l'activité musculaire serait remplacé par un

nouveau sucre se formant dans les muscles ou le foie. Ce mécanisme est sans doute nerveux. Le ferment saccharifiant ne pourrait intervenir, car son activité, au lieu d'augmenter, diminuerait par la fatigue. DASTRE.

I. — Ueber einige Wärmeversuche am Muskel (Expériences sur le développement de chaleur dans les muscles), par GAD (*Archiv. f. Physiol., p. 553, 1895*).

II. — Experimentelle Beiträge zur Thermodynamik des Muskels (Expériences de thermodynamique musculaire), par G. W. STÖRRING (*Ibid., p. 499, 1895*).

Les expériences de Störring exécutées sous la direction de Gad ont conduit aux résultats suivants :

1° La prétendue variation thermique négative (au début de la contraction musculaire) provient d'une erreur d'expérimentation (glissement du muscle sur l'appareil thermo-électrique) et ne se montre plus si l'on évite cette cause d'erreur ;

2° Pour les secousses isométriques, on constate une augmentation de la production de la chaleur et de la tension à mesure que l'on augmente l'intensité de l'excitant, depuis le seuil de l'excitation jusqu'aux excitations hypermaximales. Pour les secousses isotoniques la même proportionnalité ne se maintient pas. Si l'on passe des excitations faibles ou moyennes aux excitations fortes, on constate que les quantités de chaleur produite croissent beaucoup plus vite que les hauteurs de contraction, mais l'accroissement de chaleur est cependant moindre que dans le cas de secousses isométriques. Mêmes relations pour les excitations tétanisantes où les chaleurs produites croissent plus vite que les degrés de raccourcissement si l'on passe des excitations moyennes aux excitations fortes ;

3° Dans la fatigue, la production de chaleur décroît plus vite que la hauteur de contraction, mais seulement après un certain nombre de contractions alors qu'après la production du phénomène de l'escalier de Luciani, les hauteurs de contraction sont redescendues à leur valeur initiale (après 10 à 15 secousses). LÉON FREDERICQ.

Action du massage sur la sécrétion des glandes, par C. COLOMBO (*Arch. ital. de biol., XXIII, p. 469, et Soc. de biol., p. 46, 1895*).

L'auteur a appliqué le massage, localement, dans la région correspondant au siège de chaque glande ; et il a cherché l'influence ainsi exercée sur les sécrétions, gastrique, biliaire, salivaire, urinaire, spermatique, larmes, sueur. On constate pour l'estomac l'augmentation de la sécrétion, de même pour les autres glandes. L'augmentation des éléments spécifiques est évidente, mais plus considérable encore sur l'accroissement de l'eau. Le massage agit donc par un double processus ; il active le fonctionnement de l'épithélium glandulaire et il amène dans l'organe une plus grande quantité de sang, et par suite, une plus abondante filtration d'eau.

DASTRE.

L'action des zymases protéolytiques sur la cellule vivante, par Claudio FERMI (*Arch. ital. de biol.*, *XXIII*, *p. 433*, *et Riforma med.*, *n° 6*, *1895*).

La question de l'auto-digestion de la muqueuse gastrique n'est pas résolue. 1° La théorie de l'action protectrice du mucus (Cl. Bernard, Harley, Schiff) est soumise à des objections qui empêchent de l'accepter et que l'auteur résume au nombre de six. 2° La théorie de l'action protectrice de l'épithélium (Cl. Bernard, Lussana) est également sujette à des objections dont l'une commune avec la théorie précédente, à savoir que la rate saine, vivante, introduite dans l'estomac, n'y est pas digérée (Viola et Gaspardi). 3° La théorie de l'alcalinité du sang (Pawy, Wirchow) et celle 4° de l'absorption (Gaglio) ne résisteraient pas à la critique rigoureuse. Ces théories, en effet, ne répondent pas à la question : Pourquoi le pancréas ne se digère-t-il pas ? Pourquoi l'intestin ne se digère-t-il pas ? L'auteur constate que la pepsine acide est inactive sur les hyphomycètes, es blastomycètes qui s'y développent ; que, en plus, la trypsine est inactive sur les schizomycètes qui s'en nourrissent. De même les amibes, le cellules embryonnaires des plantes, les graines de graminées et légumineuses se développent bien dans des solutions de trypsine. De même encore les vers, les larves de mouche; la trypsine est inactive, sous la peau des cobayes, et détruite en dix minutes. En résumé, les zymases proétolytiques n'ont aucune action sur la cellule animale ou végétale vivante. C'est ce qui explique la résistance à l'auto-digestion. Enfin, en ce qui concerne l'acide chlorhydrique, les cellules de la muqueuse gastrique sont des cellules spécialisées qui se sont adaptées à la présence de l'HCl, comme les cellules des glandes à acide sulfurique de certains céphalopodes, ou celles des végétaux acides (citrons, fruits acides).

Le protoplasme résiste donc à l'eau, à la pénétration par les bases, les acides, les sels, à la pénétration par les couleurs ; il résiste aux zymases protéolytiques, comme le font d'ailleurs beaucoup d'albuminoïdes (non vivants), chondrine, élasticine, mucine, etc. DASTRE.

Influence exercée par la suppression partielle ou totale de la fonction hépatique sur la glycémie, chez les animaux normaux et diabétiques, par M. KAUFMANN (*Arch. de physiol.*, *p. 151*, *1896*).

L'auteur pratique, chez le chien, l'extirpation de l'estomac, l'intestin, la rate, le pancréas et le foie, c'est-à-dire des viscères digestifs. L'animal peut survivre plusieurs heures. Dans une seconde série, on enlève l'intestin seul, le foie étant conservé ; dans une troisième, on extirpe l'estomac, la rate, le pancréas, le foie étant conservé. On constate que, lorsque la fonction hépatique est supprimée, la proportion de sucre diminue rapidement dans le sang, que l'animal soit normal ou diabétique. Il y a hypothermie. Quand le foie est totalement privé du sang de la veine-porte (et reçoit encore celui de l'artère hépatique) il y a encore hypoglycémie et hypothermie comme s'il était extrait. La suppression d'une partie seulement de la circulation porte (ou intestinale, ou gastro-splénique) n'a pas d'effet déprimant sur la glycémie. Elle peut même augmenter chez les diabétiques. La température s'élève alors. La circulation porte est en

rapport plus étroit avec la fonction glycogénique du foie que la circulation de l'artère hépatique. La veine-porte est le véritable vaisseau fonctionnel du foie. Ces faits sont en accord avec la doctrine qui attribue l'excès de sucre du sang des diabétiques à une exagération de la formation de cette substance dans le foie. DASTRE.

Solubilité et activité des ferments solubles en liqueur alcoolique, par A. DASTRE (*Arch. de physiol., p. 120, 1896*).

Les ferments solubles pancréatique, trypsine, amylase, sont insolubles dans l'alcool absolu. Mais ces ferments sont solubles dans les solutions alcooliques d'un titre assez élevé ; jusqu'à 50 0/0 pour le ferment protéolytique ; jusqu'à 65 0/0 pour le ferment amylolytique. De plus, ces ferments peuvent exercer leur activité spécifique même dans ces milieux, peu favorables cependant aux actions hydrolytiques des ferments : la trypsine jusque dans les solutions alcoolisées aux environs de 15 0/0 ; l'amylase jusqu'à 20 0/0. Ces faits expliquent le déchet considérable que l'on constate lorsque l'on veut pousser trop loin le traitement des diastases par l'alcool ; ils expliquent aussi la diversité des résultats obtenus lorsque l'on opère sur un mélange de plusieurs enzymes. DASTRE.

La laque et la laccase, par G. BERTRAND (*Arch. de physiol., p. 23, 1896*).

Pour expliquer les oxydations organiques par le sang, on a admis l'existence d'un intermédiaire entre l'hémoglobine et le tissu, s'oxydant par l'hémoglobine, se désoxydant au profit du tissu (Moritz Traube, 1858). Cet intermédiaire serait analogue, par son action, au bioxyde d'azote dans la préparation de l'acide sulfurique. L'auteur établit par l'étude du latex de l'arbre à laque l'existence d'une diastase oxydante : la laccase.

Le latex de l'arbre à laque (Rhus succedanca), originaire du Tonkin, brunit au contact de l'air et fournit le vernis noir utilisé par les Asiatiques. Si on délaye le latex dans 6 à 8 parties d'alcool, on a un précipité (laccase) et un liquide : le laccol. On distille le liquide, on reprend le résidu par le mélange eau-éther, l'eau dissolvant la glucose et les sels ; l'éther s'emparant du laccol, liquide épais, coloré, se résinifiant à l'air, ayant la propriété d'émettre des vapeurs provoquant la rubéfaction de la peau avec éruption vésiculeuse, analogue aux polyphénol, pyrogallol, hydroquinone.

La laccase est lavée à l'alcool, puis reprise par l'eau froide ; on la recueille et la dessèche. Elle est hygroscopique, soluble dans l'eau et la glycérine, insoluble dans l'alcool. Elle semble une sorte de gomme. Le laccol se transforme en laque sous l'influence combinée de l'air et de la laccase. Si la laccase a été bouillie, la transformation n'a plus lieu ; de même si on ne lui laisse pas le temps suffisant d'agir, par une dessication trop rapide.

La laccase ne produit pas d'action hydratante, et elle n'agit ni sur l'amidon, ni sur la saccharose, le myronate de potassium ou la fibrine. Au contraire, l'hydroquinone est oxydée par l'oxygène gazeux sous l'influence de la laccase et passe à l'état de quinone et de quinhydrone. Le pyrogallol est de même oxydé et fournit de la purpurogalline ; il y a en

même temps échange gazeux analogue à une respiration. La laccase oxyde encore l'acide gallique et le tannin. DASTRE.

Action du chlorure de sodium sur l'échange matériel de l'homme, par A. PUGLIESE et C. COGGI (*Archives ital. de biol., XXIII, p. 481*).

Deux sujets jeunes (21 et 25 ans) sont soumis à un régime constant pendant des périodes de 15 jours et de 12 jours. On recueille les excreta et on détermine l'azote des fèces, l'azote, l'urée, l'ammoniaque des urines, ainsi que les sels. L'augmentation du chlorure de sodium dans la ration ne diminue pas l'azote excrété. L'excrétion des phosphates ne varie point ; l'adjonction de NaCl ne constitue donc pas un moyen d'épargne relativement aux autres sels. Mais le chlorure de sodium diminue considérablement la désintégration des substances azotées ; (par exemple : avec 10 grammes par jour, l'excrétion d'azote fut de $15^{gr},50$; avec 25 grammes NaCl, $15^{gr},26$; avec 40 grammes NaCl, $12^{gr},08$). Les diminutions ont été de 14 à 22 0/0. L'ammoniaque ne varie point. Ainsi, l'action du chlorure n'est pas de rendre incomplète l'oxydation, mais de la réduire. Le chlorure de sodium, à doses suffisantes, pendant assez longtemps, produit une épargne considérable des matériaux azotés. DASTRE.

Contribution à l'étude du ferment hémodiastasique, par CASTELLINO et PAROCCA (*Arch. ital. de biol., XXIII, p. 372*).

Bial et Röhmann ont montré la propriété saccharifiante que possèdent le sérum sanguin et la lymphe, propriété due à un ferment : l'hémodiastase. Les auteurs C. et P. en ont repris l'étude et ils ont tiré de leurs recherches les conclusions suivantes : 1° Le pouvoir diastasique du sérum sanguin est moindre que celui des animaux ; 2° le ferment saccharifiant du sérum augmente dans les dyscrasies ; 3° l'hémodiastase est en rapport avec les propriétés globulicide, coagulante et toxique du sang ; 4° elle augmente dans les sérums ayant séjourné plus longtemps au contact du caillot ; 5° son activité s'exalte par l'addition au sérum de nucléine, de chlorure et de sulfate de soude ; 6° l'acidité diminue ou supprime son activité ; 7° l'activité fermentative augmente si l'on conserve le sérum pendant 24 heures à la température optima de 28° ; elle est anéantie par l'action de la température 50°-60° pendant 10 minutes ; 8° le plasma du sang que l'on empêche de coaguler (oxalate de potassium, extrait de Haykraft, peptone), présente un pouvoir saccharifiant diminué ; 9° l'hémodiastase est vraisemblalement contenue dans les globules blancs. DASTRE.

Ueber die geringste zur Erhaltung des Stickstoffgleichgewichts nöthige Menge von Eiweisses (Sur le minimum d'albumine alimentaire suffisant pour conserver l'équilibre), par Erwin VOIT et A. KORKUNOFF (*Zeitschr. f. Biologie, XXXII, p. 58*).

Si l'on représente par 100 la quantité typique d'albumine détruite dans le corps du chien à jeun, on constate que le minimum d'albumine alimen-

taire suffisant pour conserver l'équilibre d'azote du corps est représenté dans les expériences des auteurs par 368 en moyenne, pour une alimentation exclusivement azotée. Pour une alimentation composée de graisse et d'albumine, il faut un minimum d'albumine représenté par 157 à 193 ; si l'on nourrit l'animal de féculents et d'albumine, le minimum d'albumine alimentaire peut descendre à 108 à 134, la quantité d'albumine détruite à jeun = 100. Pour que ce minimum d'albumine soit suffisant, il faut donner un excès d'aliments non azotés, fournir par exemple une quantité de graisse représentant 127 0/0 de l'énergie nécessaire à l'animal, ou une quantité de fécule représentant 155 0/0 de cette énergie. On lira avec intérêt les considérations théoriques développées par les auteurs.

LÉON FREDERICQ.

Studien über die motorische Thätigkeit des Magens (Étude des mouvements de l'estomac), par MORITZ (*Zeit. f. Biologie*, *XXXII*, *p. 313*).

L'auteur a déterminé chez l'homme et chez le chien la valeur des variations de pression intrastomacale au moyen de sondes communiquant avec des manomètres à eau avec flotteur enregistrant. La sonde employée chez l'homme était un simple tube en caoutchouc, introduit par la bouche et terminé à son extrémité stomacale par une ampoule de caoutchouc souple.

Il a constaté que la pression se comporte tout différemment dans la grande cavité de l'estomac et dans la petite cavité correspondant à la portion pylorique. Au niveau de la grande courbure, les changements actifs sont peu importants et ne produisent que des variations minimes de pression (pression normale 6 à 8 centimètres cubes d'eau, avec des variations en plus de 4 à 12 centimètres cubes pour les mouvements d'inspiration, 0,5 à 2 centimètres cubes pour les battements du cœur, de 2 à 6 centimètres cubes pour les contractions actives de l'estomac). Dans la portion pylorique il y a souvent des contractions actives amenant des pressions de plus d'un demi-mètre d'eau : ce sont sans doute ces contractions qui poussent le contenu stomacal dans l'intestin. La portion pylorique mériterait le nom de portion motrice, la grande cavité de l'estomac le nom de portion digestive.

Les contractions de la paroi abdominale peuvent élever la pression à 3 mètres d'eau.

LÉON FREDERICQ.

Influence de l'application locale de la chaleur sur la région stomacale sur les fonctions gastriques chez l'homme sain, par A.-S. HAN-POUCHKINE (*Vratch*, *n° 39*, *et Thèse de St-Pétersbourg*, *1895*).

Sur 10 personnes saines, l'auteur a recueilli 88 observations dont 37 ayant trait à l'application sur la région stomacale de la chaufferette japonaise pendant 3/4 d'heure et des compresses chaudes pendant 3 heures et 1/4, tandis que les 51 autres étaient destinées à établir les données comparatives.

La chaleur appliquée sur la région de l'estomac : 1° augmente la sécrétion du suc gastrique ; 2° augmente l'acidité totale ; 3° augmente la quantité de l'HCl total ; 4° augmente la quantité de l'HCl libre et diminue celle

des combinaisons peu stables de l'Hcl ; 5° diminue les fermentations intrastomacales et partant la quantité de l'acide lactique et analogues ; 6° diminue le temps de coagulation du lait ; 7° ralentit l'amylolyse ; accélère le passage des albumines en peptones ; 9° améliore la force digestive du suc gastrique ; 10° ralentit la résorption intrastomacale ; 11° accélère la motricité de l'estomac ; 12° les variations dans l'acidité totale, dans l'HCl libre et combiné, ainsi que la force digestive du suc gastrique, dépendent moins du nombre des applications répétées de la chaleur que du temps écoulé depuis l'application jusqu'à l'examen du suc gastrique ; 13° l'action des compresses chaudes (peu intenses et de longue durée) sur les fonctions stomacales est plus favorable que celle de la chaufferette japonaise (qui est plus intense et de courte durée) ; cette dernière provoque la sécrétion d'un suc plus pauvre en pepsine qu'à l'état normal, sans altérer cependant la force digestive ; 14° la durée des effets provoqués par l'application de la chaleur sur la région stomacale, en ce qu'ils concernent le suc gastrique, s'étend de quelques heures à quelques jours.

Rappelons à ce propos que Levinson a étudié l'action des compresses chaudes sur le ventre sur l'échange et l'assimilation des matières azotées chez l'homme sain (*Thèse de Saint-Pétersbourg*, 1887). H. FRENKEL.

Contribution à l'étude de l'innervation du foie, vaso-moteurs des rameaux-porte hépatiques, par E. CAVAZZANI et G. MANCA (*Arch. ital. de biol.*, *XXIV*, *p. 33*, *et Arch. per le sc. med.*, *XVII*, *16*).

Le chien est immobilisé par le curare ou insensibilisé par le chloral. On ouvre la cavité pleurale gauche. On lie l'aorte thoracique ; on ferme la plaie, puis on ouvre l'abdomen, on lie la veine cave au-dessus de l'abouchement des veines rénales. On isole la veine-porte, on y introduit une canule. On referme la plaie. On ouvre la plèvre droite, on resèque deux côtes (5e et 6e) et on lie la veine cave à proximité du cœur. On pratique alors la circulation artificielle à travers le foie d'une solution physiologique de NaCl sous pression de 8 à 10 millimètres.

On excite les nerfs par l'asphyxie et on note l'écoulement. On le trouva diminué. Il y a eu une constriction des vaisseaux. Cette constriction est comparable à celle des autres organes, poumons, muscles, dans les mêmes conditions. Les nerfs vagues posséderaient une action dilatatrice sur les vaisseaux du foie, action directe. Cependant les résultats n'ont pas toujours été constants. L'excitation du splanchnique accroît, puis diminue l'écoulement. Le splanchnique contient donc des vaso-constricteurs hépatiques mêlés à des vaso-dilatateurs possibles. Le plexus cœliaque de même est surtout constricteur, mais dilatateur possible. DASTRE.

Ueber die Bedeutung von Athmung und Peristaltik für die Resorption im Dünndarm (Importance de la respiration et des mouvements péristaltiques pour la résorption intestinale), par HAMBURGER (*Centralbl. f. Physiol.*, *p. 647*, *1895*).

Les liquides isotoniques introduits dans une anse de l'intestin grêle du chien sont résorbés d'autant plus rapidement que l'on élève davantage cette pression. Si cette pression s'abaisse au voisinage de zéro ou devient nulle, la résorption s'arrête complètement. L'auteur y voit la

preuve que la résorption intestinale est un phénomène purement physique, dans lequel les propriétés vitales de l'épithélium intestinal ne jouent pas de rôle prépondérant comme le veulent les théories de Hoppe-Seyler et de Heidenhain.

Pendant la vie, la résorption s'opère dans l'intestin grâce à la pression élevée qui règne dans son intérieur, pression due aux mouvements respiratoires, aux mouvements péristaltiques de l'intestin et au poids des viscères abdominaux qui se compriment mutuellement. LÉON FREDERICQ.

Notiz über einige anatomische Veränderungen nach Unterbindung der drei Darmarterien (Altérations anatomiques consécutives à la ligature des 3 artères de l'intestin), par F. TANGL et N. HARLEY (*Centralbl. für med. Wiss., p. 673, 1895*).

Ligature des 3 artères intestinales chez 8 chiens. Durée de la survie 5 à 7 heures. Ecchymoses et hémorragies circonscrites éparses à la surface de l'intestin et de l'estomac. Le sang provient ici de la circulation collatérale. Pas de gastromalacie chez le chien. Taches nécrotiques à la muqueuse, avec destruction de l'épithélium et même de la muqueuse et des glandes. Dégénérescence granuleuse des cellules glandulaires par places. Nécrose des villosités intestinales et même des cryptes de Lieberkuhn. Nécrose encore plus profonde dans le gros intestin. Entre les parties malades les tissus sont sains. Taches nécrotiques dans le foie, ecchymoses dans le pancréas. LÉON FREDERICQ.

Recherches expérimentales sur la résorption au niveau du rein, par A. HUBER (*Arch. de physiol., p. 140, 1896*).

Voici les conclusions de ces recherches exécutées avec un dispositif précis :

On peut observer, au niveau du rein, la résorption d'une solution saline introduite dans le bassinet et les conduits urinifères afférents. Pour être résorbées les liqueurs introduites dans les voies urinaires intra-rénales doivent être soumises à une certaine pression, du reste notablement inférieure à celle qui mesure la tension maxima atteinte spontanément par l'urine au même niveau, après ligature ou compression de l'uretère. Dans ce cas, on peut donc observer la résorption alors que le rein fonctionne encore comme organe sécréteur. Le phénomène s'effectue avec d'autant plus de rapidité que la pression intra-rénale est plus élevée. La résorption débute à des pressions d'autant plus basses que les solutions salines mises en tension dans le rein sont plus concentrées ; elle s'effectue avec d'autant plus d'intensité, sous une même pression, que la teneur saline est plus forte. DASTRE.

Influence de l'ablation des ovaires sur le métabolisme organique, par E. CURATULO et L. TARULLI (*Arch. ital. de biol., XXIII, p. 388*).

Les ostéomalaciques guérissent par la castration. D'autre part, l'économie rurale enseigne que les animaux châtrés engraissent. Les auteurs

constatent chez des chiennes opérées que la quantité d'acide phosphorique éliminée par les urines est considérablement diminuée (de moitié, par exemple).

Les ovaires auraient une secrétion interne ; ils jetteraient continuellement dans le sang un produit inconnu favorisant l'oxydation des substances organiques phosphorées qui forment les matériaux des sels osseux. Avec l'ablation des ovaires il y a donc rétention du phosphore organique, accumulation de phosphore terreux et rétablissement de la solidité normale du tissu osseux. On pourrait accepter une théorie analogue pour expliquer l'engraissement. DASTRE.

Le renouvellement du parenchyme ovarique chez la femme, par G. PALADINO (*Arch. ital. de biol.*, *XXIII*, *p. 81*).

La destruction comprend les tubes glandulaires et les follicules de Graaf et se fait par atrophie directe, dégénérescence hyaline, dégénérescence granuleuse, dégénérescence graisseuse, faux corps jaunes des follicules de Graaf. La régénération se fait par enfoncement de l'épithélium germinatif, constituant des tubes nouveaux qui pénètrent et se ramifient dans le stroma ovarique.

Ce double mouvement de destruction et régénération se produit pendant toute la période de fécondité, mais il est plus énergique dans le jeune âge. Les phases du développement sont les mêmes que chez les mammifères. DASTRE.

Note sur la sensibilité de la pulpe des doigts, par Ch. FÉRÉ (*Soc. de biol.*, *19 octobre 1895*).

Les doigts les plus différenciés au point de vue moteur, le pouce et l'index, présentent une plus grande variété dans les figures formées par les crêtes papillaires. Cette variété diminue du 1er au 5e doigt ou orteil. Chez les individus d'organisation inférieure la disposition des lignes papillaires se rapproche par sa simplicité de la disposition normale chez les singes. Il en est de même pour la sensibilité. A la pulpe des doigts les pointes du compas de Weber sont mieux senties lorsqu'elles sont orientées dans l'axe du doigt. La disposition des lignes papillaires a un rapport avec le développement de la sensibilité. La différentiation de deux pointes est moins facile lorsqu'un même sillon ou une même crête papillaire est touchée sur deux points de sa longueur que quand deux sillons ou deux crêtes papillaires éloignées sont touchées DASTRE.

Der auf Lichtreiz erfolgende Lidreflex (Le réflexe palpébral consécutif à une excitation lumineuse), par C. ECKHARD (*Centralbl. f. Physiologie*, *IX*, *p. 353*).

Beaucoup de physiologistes admettent avec Brücke que le réflexe de clignotement qui se produit sous l'influence d'une vive lumière tombant brusquement sur l'œil, est dû à une irritation des terminaisons du trijumeau. Les expériences d'Eckhard démontrent, au contraire, qu'il s'agit d'une excitation des terminaisons du nerf optique et que le trijumeau doit

être mis hors de cause. Le lapin se prête particulièrement à l'expérience attendu que chez lui le réflexe de clignotement se montre avec une grande constance aux deux yeux après une action vive et brusque de la lumière (combustion d'un fil de magnésium) sur l'un d'eux. Le réflexe cesse après section intra-cranienne du nerf optique, il persiste après section du trijumeau. Il persiste après extirpation des hémisphères cérébraux, mais les lésions des tubercules quadrijumeaux l'abolissent : c'est donc dans ces derniers organes et non dans l'écorce cérébrale que se trouve le centre du réflexe.

Après section d'une bandelette optique, la gauche par exemple, l'éclairage de l'œil de l'autre côté (l'œil droit) produit le clignotement dans l'œil du même côté (œil gauche) mais non dans l'œil du côté opposé (œil droit); l'éclairage de l'œil du même côté (œil gauche) produit le clignotement de l'œil (gauche) éclairé, mais non de celui de l'œil opposé (droit). Il paraît probable que le réflexe de clignotement de l'œil éclairé a pour voie centripète le faisceau optique croisé de cet œil et que le réflexe de l'autre œil a pour voie centripète le faisceau optique direct de l'œil éclairé.

LÉON FREDERICQ.

Ueber thierisches Leben ohne Anwesenheit von Bakterien im Verdauungscanal (Vie animale sans bactéries dans le tube digestif), par H. THIERFELDER (*Archiv f. Physiol., p. 559, 1895*).

Un cochon d'Inde, à terme, extrait aseptiquement de l'utérus maternel par la section césarienne, est introduit dans une enceinte stérilisée où il respire de l'air stérilisé et est nourri de lait exempt de bactéries. Il supporte parfaitement ce régime, démontrant ainsi que la vie est possible sans l'intervention de bactéries dans le tube digestif. Au bout de quelques jours, on interrompt l'expérience, on tue le sujet et l'on constate l'absence de bactéries dans son tube digestif. LÉON FREDERICQ.

De la concentration moléculaire des liquides de l'organisme, par J. WINTER (*Arch. de physiol., p. 114, 1896*).

La concentration moléculaire d'un liquide est le nombre de molécules chimiques dissoutes dans un poids donné d'eau. Le sérum sanguin et le lait ont une concentration moléculaire très voisine chez les diverses espèces animales. Il suffit, pour établir le fait, de montrer qu'ils ont même point de congélation, d'après les travaux de Raoult. L'abaissement du point de congélation pour les sérums des différents animaux est 0°,55 à 0°,56. Deux solutions étant données séparées par une membrane qui ne laisserait passer que l'eau, l'eau passera tant que le nombre des molécules dissoutes sera différent d'un côté à l'autre ; le passage s'arrêtera quand ces nombres seront les mêmes. Les deux solutions seront en équilibre osmotique, sans avoir la même composition chimique. L'organisme oscille constamment autour d'un équilibre osmotique limite réalisé par le sérum. Toute altération artificielle ou spontanée de cette concentration est une atteinte profonde à la résistance physique de l'individu. Le sérum congèle à 0°,55, concentration qui équivaut à 0,91 de NaCl pour 100 d'eau. La solution

physiologique serait 9 0/000. On peut appliquer la constance de la concentration moléculaire du lait à l'analyse de ce liquide. DASTRE.

Observations sur les mouvements de l'œil chez les animaux pendant l'anesthésie, par Z. TREVES (*Arch. ital. de biol., XXIII, p. 438*, et *Atti d. R. Accad. di Torino, XXX, mars 1895*).

L'auteur a observé surtout des chiens endormis par le chloroforme. Il passe un fil dans la sclérotique, ou la cornée (la tête étant bien fixée) et met l'extrémité libre du fil en contact avec un levier inscripteur. Deux brins de ce même fil ainsi disposé servent à écrire, l'un les déplacements dans le sens vertical, l'autre dans le sens horizontal. Les paupières sont d'ailleurs écartées par le blépharostat. On constate les faits suivants : les yeux prennent dans la profonde narcose chloroformique une position différente de la normale, divergeant d'ordinaire en dehors et en bas; ce déplacement est produit par des contractions des muscles du globe oculaire. Outre les mouvements que le bulbe de l'œil exécute pour le déplacement, d'autres mouvements se produisent autour de la nouvelle position prise ; ils sont très lents, peu étendus et ne sont pas symétriques comme les premiers. Ces mouvements peuvent être identifiés aux mouvements atypiques observés par Rahemann et Witkowski (1877), dans le sommeil ordinaire et dans le sommeil chloroformique, mouvements variables à l'infini et différant d'un œil à l'autre. Ces mouvements sont indépendants de la volonté; indépendants d'un but quelconque de la vision, indépendants des processus psychiques. Sherrington a montré que la contraction d'un muscle de l'œil, ou volontaire ou obtenue artificiellement par excitation de l'écorce, s'accompagne de l'inhibition du tonus du muscle antagoniste. Dans la narcose profonde, l'inhibition corticale du tonus cesse et la position que prend le globe résulte de l'antagonisme des tonus augmentés dans tous les muscles oculaires. Les mouvements lents et peu étendus seraient dus aux oscillations du tonus. L'objection à cette explication, c'est que l'on tend à regarder le tonus musculaire comme un phénomène réflexe provoqué par l'excitation des filets cutanés et musculo-tendineux. DASTRE.

Sur les variations de volume des extrémités en rapport avec les mouvements respiratoires, par L. HALLION et COMTE (*Arch. de physiol., p. 216, 1896*).

Les auteurs prennent le tracé volumétrique des doigts au moyen d'un plethysmographe digital particulier. Le tracé montre que les mouvements respiratoires réguliers s'accompagnent d'oscillations régulières dans le volume des quatre extrémités simultanément. Supposons que le membre supérieur pende verticalement. On constate qu'il y a un gonflement inspiratoire du doigt suivi d'un retrait coïncidant avec l'expiration. (Mosso). L'explication est difficile. L'inspiration emmagasinant le sang dans le thorax, diminue le débit aortique et accroît le dégorgement veineux en aspirant le sang dans le thorax. On peut admettre avec Mosso un barrage des veines du bras par la contraction des muscles inspiratoires. En changeant la position du bras, on renverse en effet ces coïncidences.

DASTRE.

The representation of abduction of the vocal cords in the cerebral cortex, par J. RISIEN RUSSELL (*Brit. med. Journ., p. 481, 24 août 1895*).

On sait que Krause, Semon et Horsley ont découvert, sur l'écorce cérébrale, un centre d'excitation pour les mouvements d'adduction des cordes vocales, mais n'ont pu découvrir le centre abducteur; pourtant l'excitation d'une portion de la capule interne provoque l'abduction des cordes vocales, ce qui rendait bien probable l'existence du centre cortical.

L'auteur a pensé *a priori* que les deux centres d'adduction et d'abduction sont très voisins l'un de l'autre, mais que celui d'adduction, étant plus excitable, masque la présence du centre abducteur. Il a cherché à diminuer cette excitabilité en sectionnant un nerf récurrent, ou les deux, de façon à ne laisser intactes que les fibres musculaires abductrices. Il est arrivé ainsi à isoler le foyer cortical de l'abduction laryngée. Ce foyer est situé, chez le chien, sur la circonvolution composée antérieure au niveau du « prorean gyrus », immédiatement en arrière du foyer adducteur. Les deux foyers sont séparés par le sillon sus-orbitaire.

Il est à remarquer que l'excitation de ce foyer agit sur les deux cordes vocales à la fois ; on ne peut produire de mouvements isolés sur la corde vocale opposée : les deux fonctionnent toujours synergiquement par le fait de l'excitation d'un des centres corticaux. H. R.

Nuovo contributo allo studio delle funzioni della pelle, par DODDI (*Lo Speriment. sezione biol., p. 342, 1894*).

L'action de la vernissure de la peau chez les vertébrés consiste en une stimulation des terminaisons nerveuses qui se réfléchissent sur les tissus et viscères et y produisent des altérations assez graves pour causer la mort des animaux. La résection du nerf qui anime un groupe musculaire donné, empêche ces stimulations et maintient plus longtemps ses propriétés vitales. Les altérations des muscles des animaux vernis sont dues à la stimulation du système nerveux trophique et à l'action de l'altération de la crase sanguine. Chez les vertébrés inférieurs, la destruction de la moelle épinière empêche la transmission des impressions partant de la peau, et les animaux résistent à la vernissure. C. LUZET.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Ueber die schwere Form der Arteriosclerose im Centralnervensystem (Sur la forme grave de l'artériosclérose dans les centres nerveux), par L. JABOBSOHN (*Archiv f. Psychiatrie, XXVII, 3, p. 831, 1895*).

L'auteur distingue une forme bénigne et forme grave d'artério-sclérose des centres nerveux. Sur le terrain de l'anatomie, il n'est pas possible de

tracer une ligne de démarcation rigoureuse entre ces deux formes. En tout cas, on peut rattacher à la forme grave tous les cas où par suite des altérations vasculaires le territoire nerveux irrigué par les vaisseaux lésés a subi une atteinte locale grave. Ce résultat peut être amené par l'oblitération, par la déchirure ou par la dilatation anévrismatique des vaisseaux altérés. Le dommage qui en résulte pour le tissu nerveux atteindra son maximum dans le cas d'une hémorragie, et son minimum dans le cas d'une dilatation anévrismatique. A ce point de vue, le ramollissement se tient entre les deux processus. L'atteinte portée au tissu nerveux consistera, elle-même, dans des ramollissements, des atrophies, avec dégénérescences secondaires subséquentes. Elle se présente sous forme de foyers circonscrits, qu'on rencontre dans toutes les régions du cerveau, mais qui ont pour siège de prédilection le voisinage des ganglions centraux et les pédoncules cérébraux, mais surtout la protubérance des territoires irrigués par des artères terminales.

A ces sièges d'élection correspondent les modalités cliniques habituelles, sous lesquelles se présentent les affections résultant de ces processus d'artério-sclérose, à savoir : L'apoplexie sanguine (apoplexie cérébrale), et les complexus symptomatiques qu'on décrit couramment sous les noms de paralysie bulbaire aiguë et de paralysie pseudo-bulbaire.

Après avoir rappelé les relations bien connues de l'apoplexie cérébrale avec les anévrismes miliaires, et celles de ces derniers avec l'artério-sclérose, l'auteur a opposé la paralysie bulbaire chronique à la paralysie bulbaire aiguë. En s'appuyant sur de nombreux faits cliniques comparés dans les recueils de la littérature médicale, il a fait ressortir que la paralysie bulbaire chronique a une symptomatologie univoque en rapport avec des lésions toujours les mêmes, tandis que la paralysie bulbaire et la pseudo-paralysie de même nom ont des expressions cliniques très variables ; même chose peut se dire de la nature et du siège des lésions qu'on rencontre dans les cas rattachés à ces deux formes morbides. Dans la plupart de ceux qui ont été publiés plus ou moins récemment on a trouvé surtout des foyers de ramollissements disséminés à travers tout le cerveau. Il serait dès lors préférable de leur donnner un nom en rapport avec cette disposition anatomique, par exemple celui de : ramollissements multiples. L'auteur a relaté un fait à l'appui de cette manière de concevoir la signification nosologique de la paralysie bulbaire aiguë.

E. RICKLIN.

Hématome du nerf optique dans l'hémorragie cérébrale, par BOUVERET (*Revue de méd.. 10 juillet 1895*).

Dans un cas d'hémorragie cérébrale terminé par la mort dix heures après le début des accidents, une quantité fort appréciable de sang très incomplètement coagulé remplissait et distendait l'espace sous-vaginal des deux nerfs optiques, c'est-à-dire la cavité comprise entre les deux gaines, le névrilème et la gaine fibreuse fournie par la dure-mère.

L'hématome s'étendait depuis le trou optique jusqu'au point de pénétration du nerf dans la sclérotique. Ainsi entourés d'un manchon sanguin, les deux troncs nerveux ressemblaient à deux troncs veineux, remplis de caillots cruoriques. Il est même probable que le sang avait pénétré avec une certaine

force dans l'espace sous-vaginal, car il en avait dilaté d'une manière très appréciable le cul-de-sac antérieur, au niveau de l'entrée du nerf optique dans la sclérotique. Le cordon bleuâtre qui formait ce nerf se terminait en avant par une extrémité renflée. Ce détail explique la production de l'œdème lymphatique de la papille et celle des hémorragies rétiniennes que l'autopsie a permis en outre de constater dans ce cas.

Les cas semblables à celui publié par Bouveret sont très peu nombreux, tous ont une gravité extrême. Ils montrent en effet que quand il s'agit d'apoplexie par hémorragie cérébrale, la névrite optique est un signe d'une très haute gravité, puisque cette névrite indique l'existence d'un hématome sous-vaginal et que cet hématome paraît procéder toujours de la rupture du foyer cérébral dans les espaces sous-arachnoïdiens.

C. GIRAUDEAU.

Anatomie pathologique des éléments nerveux dans l'embolie cérébrale, par A. MONTI (*Arch. ital. de biol., XXIV, p. 20*).

Voici les conclusions de ce travail : 1° chez les chiens et les lapins survivant 5 heures à l'embolie cérébrale on trouve déjà des altérations morphologiques des éléments nerveux. 2° surtout dans les prolongements cellulaires protoplasmiques et les cellules de névroglie. 3° Elles consistent en une atrophie variqueuse commençant aux extrémités distales des *prolongements protoplasmiques* et gagnant le corps, et ne s'étendant qu'ensuite au *prolongement nerveux*. Ce fait indique la différence substantielle de ces deux catégories de prolongements. Il existe aussi une relation directe entre le vaisseau thrombosé et les prolongements protoplasmiques, ceux-ci étant les organes nourriciers de la cellule. Celle-ci dégénère quand ses prolongements protoplasmiques ont eux-mêmes dégénéré. DASTRE.

Dégénérescences secondaires dans le système nerveux central à la suite de lésions de la moelle et de sections des racines, par G. PELLIZZI (*Archives ital. de biol., XXIV, p. 89*).

1. Rapports entre les restes des noyaux *gracilis* et *cuneatus* avec le corps restiforme : Il y a un certain nombre de fibres qui vont de ces noyaux à la partie interne du corps restiforme. Ce passage des restes du cordon postérieur au corps restiforme cesse avec la disparition des restes du cordon postérieur et l'apparition du noyau de l'acoustique.

2. Cours des portions cérébelleuses dorsale et ventrale dans le bulbe et dans le pont. Les fibres du faisceau de Löwenthal sont poussés en dehors par suite du croisement des pyramides et vont se réunir à celles du faisceau de Gowers.

3. Portion cérébelleuse moyenne ; son cours dans le bulbe et dans le pont. A partir des olives inférieures, la portion médiane se caractérise. Ses fibres s'inclinent dorsalement en dedans et en avant au niveau du facial ; elles passent ensuite graduellement dans le pédoncule cérébelleux moyen.

4. Distribution dans le cervelet des trois portions cérébelleuses. Dès qu'elles sont entrées dans le cervelet par le faisceau pédonculaire, elles

se répandent dans la portion antérieure de la substance blanche du vermis : les portions dorsale et ventrale dans le vermis supérieur, en avant et en bas, la portion médiane en haut et en avant. Aucune fibre n'a été vue pénétrer dans les trois noyaux gris du cervelet.

Les voies cérébelleuses décrites ici contiennent certainement des fibres d'association et de coordination et servent à la conduction centripète d'impressions musculaires. DASTRE.

Deux cas de myélite transverse aiguë, par NAGEOTTE (*Nouv. icon. de la Salpêtrière, novembre et décembre 1895*).

Nageotte relate l'examen anatomo-pathologique détaillé de deux cas de myélite transverse aiguë, dont l'une était survenue chez une femme syphilitique. Il existait dans ce dernier cas un grand foyer de myélite dans la région dorsale : les vaisseaux étaient gorgés de sang et énormément dilatés dans toute l'étendue de la lésion, sauf dans quelques points où le tissu était nécrosé ; les lésions vasculaires, outre la distension, consistaient en une infiltration, parfois énorme, des parois par des cellules embryonnaires à noyaux régulièrement arrondis.

Le tissu médullaire était constitué par des corps granuleux serrés les uns contre les autres et séparés par un pointillé représentant la coupe des cylindres-axes dépouillés de leur myéline et altérés, mais non détruits.

Dans la substance grise, les cellules nerveuses n'étaient pas détruites, mais tuméfiées pour la plupart et ne possédant plus guère de prolongements visibles.

La maladie avait eu une évolution très rapide, cinq semaines environ.

G. LYON.

Méningo-myélite diffuse dans le tabes, la paralysie générale et la syphilis spinale, par NAGEOTTE (*Arch. de neurol., p. 273, octobre 1895*).

Il existe dans le tabes, la paralysie générale et les myélites syphilitiques, un processus d'inflammation diffuse qui s'étend à toute la moelle. Cette lésion mérite le nom de vasculaire et de conjonctive en raison du tissu qu'elle semble affecter en premier lieu ; elle consiste essentiellement en une infiltration de cellules rondes qui envahit la pie-mère, l'arachnoïde, les capillaires de la moelle et qui a une prédilection toute particulière pour les tuniques des veines superficielles ; elle entraîne des altérations consécutives des éléments nobles. Elle paraît constante si 'on emploie, pour la rechercher, des colorants nucléaires électifs.

Les lésions de l'écorce cérébrale, cause de la paralysie générale, celle des nerfs radiculaires, cause du tabes, les plaques localisées de myélite syphilitique ne sont que l'exagération de cette lésion diffuse en des points déterminés par suite d'une élection qui est elle-même le fait de dispositions anatomo-physiologiques encore mal connues.

Le processus présente un aspect très particulier qui semble en faire une espèce distincte, sans qu'on puisse affirmer qu'une cause unique lui onne naissance ; en tout cas il est certain, de par la clinique, que dans a grande majorité des cas c'est de la syphilis qu'il relève. P. S.

Des dégénérescences rétrogrades dans les nerfs périphériques et les centres nerveux, par KLIPPEL et DURANTE (*Revue de méd., janvier et suiv., 1895*).

Les principales conclusions formulées par les auteurs à la fin de leur travail sont les suivantes :

La loi de Waller, exacte dans sa première partie seulement, doit être ainsi complétée :

Les tubes nerveux interrompus dans leur continuité peuvent subir une dégénérescence rétrograde dans leur bout central, se propageant vers leur centre trophique, leur noyau d'origine.

Beaucoup plus fréquente qu'on ne serait tenté de le supposer, cette dégénérescence s'observe dans les nerfs périphériques sensitifs et moteurs ainsi que dans les centres nerveux.

Elle peut dépasser le noyau d'origine des fibres nerveuses et se propager au neurone précédent en suivant en sens contraire les voies physiologiques du courant nerveux. Klippel et Durante rapportent deux observations cliniques de dégénérescence descendante des cordons postérieurs d'origine cérébrale, dont jusqu'ici on n'avait encore signalé l'existence qu'expérimentalement chez les animaux.

Cette dégénérescence ne devient guère appréciable qu'au bout de dix à quarante jours. Son évolution est d'autant plus rapide que le sujet est plus jeune et que la section a porté plus près de l'origine du tube nerveux ; au bout de quelques mois le processus régressif est, selon toute vraisemblance, complètement terminé.

Histologiquement il est caractérisé en premier lieu par la destruction de la myéline (tandis que dans la dégénérescence wallérienne, c'est le cylindre-axe qui se modifie d'abord) et la très longue conservation du cylindre-axe qui souvent persiste presque indéfiniment.

Les noyaux gris ne sont pas toujours intéressés d'une façon histologiquement appréciable, même lorsque la dégénérescence se propage d'un neuron au neuron suivant.

La pathogénie de cette dégénérescence rétrograde est encore très obscure puisqu'elle dépend essentiellement de la nature, très complexe et très discutée, du rôle trophique rempli par les cellules nerveuses. Le tube nerveux demeurant en rapport avec son centre, mais étant privé de ses ramifications terminales qui permettaient les échanges avec les organes voisins, on pourrait peut-être invoquer l'absence de circulation nerveuse dans le cylindre-axe, entraînant l'absence de ce que l'on peut comparer à des courants induits, et par suite, l'absence des échanges nécessaires à la nutrition de l'enveloppe du nerf. Ainsi peut-être peuvent s'expliquer les altérations de la moelle chez les amputés et quelques atrophies musculaires dites réflexes.

La connaissance de la dégénérescence rétrograde dans les centres nerveux éclaire le développement de plusieurs variétés de myélites combinées, systématisées, qui doivent être regardées comme des dégénérescences descendantes multiples, secondaires à des lésions encéphaliques diffuses ou en foyer.

La sclérose latérale amyotrophique relève peut-être d'une sclérose ascendante du faisceau pyramidal, secondaire à l'altération des cellules

des cornes antérieures, de même que plusieurs cas de maladie de Westphal peuvent être considérés comme des myélites transverses ayant déterminé une dégénérescence des faisceaux médullaires dans les deux sens. C. GIRAUDEAU.

Ueber multiple wehre Neurome des Rückenmarks (Des névromes multiples vrais de la moelle épinière), par KAHLDEN (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XVII, p. 587*).

Bien qu'il existât simultanément une méningite spinale tuberculeuse, l'auteur pense que, dans le cas qu'il publie, il faut voir là le produit d'une malformation ou de processus, soit hyperplasiques soit hypertrophiques dans la moelle, et non, comme l'ont voulu Raymond et Schlesinger, des processus d'irritation ou de régénération de la névroglie. Dans un cas déjà publié par lui-même, Kahlden avait vu le neurome proliférer à travers la pie-mère. C. LUZET.

Trois cas d'acromégalie avec autopsie, par DALLEMAGNE (*Arch. de méd. expér., VII*, 5).

Les faits d'acromégalie manquent encore d'un lien anatomique et pathogénique sûr et unique. Dans trois cas de cette maladie, dont le premier était primé par un état diabétique avec gigantisme et splanchnomégalie, dont le second était marqué par l'artério-sclérose, et dont le troisième était resté à peu près latent au milieu d'un syndrome dyspeptique, il existait à vrai dire une lésion de la glande pituitaire (sarcome, état kystique), mais avec d'autres altérations bien différentes, dégénérescence du corps thyroïde, gliomatose péri-épendymaire, cancer viscéral. En considérant les relations embryologiques et anatomiques de l'épendyme et de l'hypophyse, on peut se demander si le tout ne formerait pas un système anatomique et physiologique présidant aux grandes lois de la nutrition, et pouvant, à l'état pathologique, engendrer les modifications dystrophiques de l'acromégalie. GIRODE.

Lésions anatomiques dans un cas d'acromégalie, par MOSSÉ et DAUNIC (*Soc. anat. Paris, p. 633, 25 octobre 1895*).

Chez un homme, âgé de 36 ans, atteint d'acromégalie, on constate, à l'autopsie, au niveau de la selle turcique, une tumeur qui s'enlève avec facilité en même temps que le cerveau ; cette tumeur n'affecte que des rapports de contiguité avec le cerveau dont elle s'énuclée facilement ; elle refoule et comprime la base du cerveau dans laquelle elle se creuse une loge par refoulement des parties sous-jacentes, depuis le chiasma jusqu'à l'émergence des pédoncules cérébraux qu'elle semble amoindrir par tassement ; cette tumeur était logée dans la selle turcique et dans la fosse pituitaire ; à l'examen microscopique, on constate que le corps pituitaire a complètement disparu, et que la tumeur est un type de sarcome névroglique fuso-cellulaire fasciculé.

Le thymus était de volume considérable sans présenter d'altération de ses éléments constitutifs ; le corps thyroïde est hypertrophié et est rempli de petits kystes contenant de la substance colloïde. MAUBRAC.

Sur la tuberculose du perroquet, par I. STRAUS (*Archives de méd. exp.*, *VIII*, *1*, *p. 134*).

La tuberculose, qui atteint fréquemment les perroquets, se présente sous un aspect très différent de celle qui frappe les gallinacés. Chez les perroquets, les lésions portent principalement sur la peau des ailes, des articulations et sur les orifices muqueux, sous forme de tumeurs grisâtres d'apparence cornée ; les organes internes sont envahis dans quelques cas seulement et ce sont alors les poumons surtout qui sont malades. Au contraire, chez les poules et les faisans, les tubercules siègent presque exclusivement sur les organes internes et principalement au niveau du tube digestif et de ses annexes (foie, rate, péritoine).

On pouvait présumer *a priori*, d'après la localisation des lésions et d'après ce fait que le perroquet vit chez nous beaucoup plus en rapport avec l'homme qu'avec des oiseaux, qu'il s'agissait dans ces cas d'une infection par le bacille tuberculeux des mammifères et non d'une tuberculose aviaire. Dans deux cas l'auteur a obtenu, avec des tubercules recueillis sur des perroquets, des inoculations positives chez le cobaye et le chien et négatives chez la poule. Ces faits expérimentaux montrent que ces tubercules ont les mêmes caractères que ceux de la tuberculose humaine, dont ils proviennent très probablement par infection de contact; ils prouvent encore que la tuberculose des mammifères se développant chez un oiseau, garde ses caractères propres et ne se confond pas avec la tuberculose aviaire. H. BOURGES.

I. — Recherches sur l'existence des bacilles de Koch dans l'organisme des non tuberculeux, par H. FRENKEL (*Province méd.*, *15 février 1896*).

II. — Contribution à l'étude de la tuberculose occulte, par F. BRIAULT (*Thèse de Lyon*, *1896*).

I et II. — F. s'est posé les questions suivantes : 1° Peut-on trouver chez des personnes, indemnes de toute lésion tuberculeuse, des bacilles de Koch, dans les ganglions bronchiques ? 2° Si oui, dans quel état sont ces bacilles : donnent-ils la réaction des bacilles morts de Straus et Gamaleia, sont-ils simplement atténués, peuvent-ils conserver une grande virulence ? 3° Quelle est la fréquence approximative de cet état de bacillose que Fr. propose de désigner sous le nom de tuberculose occulte pour la distinguer de la tuberculose latente, où l'on trouve, à l'autopsie ou à la biopsie des lésions macroscopiques ou, au moins, microscopiques ?

En 110 jours, les auteurs n'ont pu réunir, à l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu de Lyon, que 16 cas indemnes de toute lésion tuberculeuse. De ce nombre, 10 seulement ont pu être utilisés, car les animaux inoculés avec les ganglions des autres cas ont succombé avant le temps nécessaire pour juger la question. Sur 28 cobayes inoculés, un seul présente des lésions tuberculeuses, limitées au système ganglionnaire, malgré une survie suffisante. Les coupes d'un ganglion voisin à celui inoculé demeurèrent sans résultats, au point de vue des bacilles. Dans aucun cas, on ne put trouver dans le pus du point d'inoculation, des cadavres de bacilles.

En résumé, les faits avancés par Loomis et Pizzini sont réels, mais le

nombre de ces bacilles n'est pas aussi grand qu'il semble résulter des lésions obtenues par ces auteurs; enfin, la fréquence de cette tuberculose occulte est moins considérable que ne l'affirment ces derniers. H. F.

Recherches anatomiques et expérimentales sur les tuberculoses de la plèvre, par PÈRON (*Thèse de Paris*, *1895*).

L'auteur étudie successivement :

1° Les pleurésies séro-fibrineuses aiguës tuberculeuses. On doit envisager la fausse membrane, la néo-membrane, le tissu fondamental de la séreuse. C'est seulement dans la fausse membrane qu'on trouve les bacilles; pour les voir, il faut examiner les amas leucocytiques et surtout les leucocytes à gros noyau (macrophages) qui peuvent présenter des vacuoles; ces macrophages n'existent que dans les parties les plus profondes de la fausse membrane. Pas de bacilles dans la fibrine. On en trouve dans les foyers caséeux disséminés.

2° Les formes de transition entre la pleurésie franche et l'empyème tuberculeux.

3° Les empyèmes tuberculeux. Ici l'on trouve des leucocytes polynucléaires chargés d'un grand nombre de bacilles, et des cellules qui contiennent en même temps des poussières charbonneuses et des bacilles.

Ce sont les leucocytes qui apportent à la plèvre les bacilles, lorsque ceux-ci ne passent pas par une fistule broncho-pleurale. L. GALLIARD.

Un cas de cirrhose tuberculeuse du foie chez le cobaye; foie ficelé tuberculeux, par HAUSHALTER (*Arch. de méd. exp.*, *VII*, *6*).

Un cobaye inoculé largement dans le péritoine avec le produit de raclage d'une tuberculose verruqueuse de la main, succombe à une évolution tuberculeuse chronique que termine une granulie aiguë. A l'autopsie, le foie est irrégulier, bosselé, fissuré, et présente tout l'aspect du foie ficelé tel que l'engendre la syphilis ou parfois la tuberculose humaine ou animale. Au microscope, il est à remarquer qu'on ne trouve pas de follicules tuberculeux typiques, mais seulement des nodules infectieux ordinaires. On n'a pu démontrer le bacille par les colorations classiques. GIRODE.

Ueber die Entstehung der Carcinome, par NOTTHAFT (*Deut. Arch. für klin. Med.*, *LIV*, *p. 555*).

Le carcinome peut se développer sans altération préexistante du tissu sous-épithélial ou sous-muqueux. La cause efficiente du cancer est encore inconnue. Il en est de même au sujet de la question de savoir si un carcinome peut se développer sans irritation préalable du territoire affecté. Mais il est certain que des carcinomes peuvent se développer à la suite des irritations les plus diverses, et même de l'irritation chronique produite par la tuberculose. L'explication de Ribbert est, la plupart du temps, invraisemblable. C. LUZET.

Zur Diagnose der « Neubildung » bei..... (Diagnostic de la tumeur, dans les examens microscopiques des transsudats), par RIEDER (*Deut. Arch. f. klin. Med., LIV, p. 544*).

La présence de cellules endothéliales dans les transsudats est le cas ordinaire, et il n'est pas toujours facile d'en différencier les cellules cancéreuses. Dans le cas de Rieder, la fréquence énorme des cellules polymorphes, uni et multinucléées ne laissait, pour ainsi dire, pas de place au doute. En outre de la réaction du glycogène, les cellules cancéreuses sont remarquables par leur volume et leur réunion en amas. De plus, on peut constater fréquemment la formation d'un noyau secondaire d'inoculation au point de ponction. C. LUZET.

Cancer vert d'Aran, par PAVIOT (*Lyon méd., 12 janvier 1895*).

Malade entré à l'hôpital dans un état de coma, avec exophtalmie, surdité, douleurs de tête. Rien à l'examen ophtalmoscopique. Quelques jours avant la mort, apparition, à la tempe d'une tumeur, puis cécité complète. A l'autopsie on trouve deux tumeurs, sous forme de plaques occupant les deux orbites en dehors de la capsule. Nerfs optiques normaux. Traînées vert grisâtre disséminées à la surface de la dure-mère, surtout le long des vaisseaux. Tumeurs saillantes dans les sinus qui n'offrent pas de thrombus. Cerveau intact. Tumeurs de la fosse temporale, verte aussi, pénétrant dans les fosses zygomatique et ptérigo-maxillaire, ayant envahi le corps du sphénoïde, mais non les fosses nasales. Sur le crâne, placard vert recouvrant les deux bosses occipitales. Généralisation au poumon droit ; un seul nodule aux deux reins, sous forme de gaîne verte entourant les vaisseaux du foie de même façon ; enfin, le long du rachis, de chaque côté, grosse masse verdâtre occupant toute la face antérieure du sacrum ; autre masse à la face postérieure du sternum. Traînées, taches ou tumeurs verdâtres dans le bassin et dans divers os. Les ganglions prévertébraux, ceux du hile du foie, les plaques de Peyer sont verdâtres. C'est un exemple du cancer vert d'Aran. A. CARTAZ.

Note sur un parasite végétal de l'espèce des levures produisant des tumeurs d'aspect myxomateux chez l'homme, par CURTIS (*Bulletin méd. du Nord, 9 août 1895*).

Un homme jeune, d'aspect bien portant, était porteur d'une tumeur molle, demi-fluctuante, du volume de deux poings, située à la base du triangle de Scarpa, du côté droit; d'autre part, il avait, à la région lombaire, un abcès volumineux ulcéré. La tumeur avait l'aspect myxomateux. Au microscope, elle fut trouvée composée de corpuscules arrondis, munis d'une enveloppe gélatineuse, séparés çà et là par quelques faisceaux connectifs. Ces corpuscules mesuraient de 18μ à 40μ ; à leur centre se trouvait une cellule de 6 à 30μ, limitée par une membrane anhyste à double contour. Le contenu de la cellulse composait d'une matière homogène claire et d'un noyau de 2 ou 3 μ, quelequefois double ; quelques cellules contenaient, en outre, de petits grains sphériques en amas autour du noyau. Dans les petites cellules, la membrane était mince, le noyau invisible et le contenu granuleux. Les cellules les plus volumineuses présentaient souvent un bourgeonnement latéral plus ou moins avancé. Les réactions microchimiques ont montré les phénomènes caractéristiques de la cellulose. La tumeur lombaire contenait le même microorganisme mélangé à des leucocytes et des globules sanguins.

Le microorganisme a été cultivé à l'état de pureté sur pomme de terre glycérinée et sur gélose en perdant son enveloppe gélifiée. Inoculé à un lapin, il a donné un résultat positif du même type que la tumeur mère. Le pus de la tumeur lombaire, ensemencé, a donné le même microorganisme mélangé au streptocoque.

L'auteur range ce microorganisme pathogène dans la famille des levures. LEFLAIVE.

Du fibrome musculaire dissociant à évolution maligne, par Cl. REGAUD (*Arch. de méd. exp.*, *VIII*, *1*, *p. 58*).

Deux ans après l'ablation d'une tumeur s'étant lentement accrue, au niveau du cordon spermatique et constituée histologiquement par du fibrome, il se développa, chez le même sujet, dans l'épaisseur du muscle brachial antérieur droit, un néoplasme, dont la récidive conduisit 3 ans après à une désarticulation de l'épaule.

Les deux néoplasmes développés dans le brachial antérieur étaient constitués identiquement de la même façon. Il s'agissait d'une néoformation de tissu fibreux adulte, exagérant la fasciculation régulière du muscle, écartant et dissociant ses fibres. La substance fondamentale de la tumeur étaient formée par des faisceaux conjonctifs avec leurs cellules fixes allongées. Sur quelques points se voient de minces traînées ou de petits amas de cellules embryonnaires, sur d'autres des cellules d'aspect intermédiaire entre les éléments embryonnaires et les cellules fixes du tissu conjonctif, montrant que le fibrome est en voie d'évolution. Les éléments musculaires réagissent par une prolifération nucléaire marquée, tandis que la substance contractile disparaît peu à peu.

L'auteur pense que cette tumeur se distingue de la myosite chronique par sa récidive, et du fibro-sarcome par le peu d'importance des éléments embryonnaires par rapport au tissu fibreux adulte et par la présence de cellules intermédiaires entre les cellules embryonnaires et les cellules fixes du tissu conjonctif, témoignant des différents stades d'accroissement d'un fibrome. Il propose donc à la tumeur le nom de fibrome dissociant à évolution maligne. H. BOURGES.

Étude anatomo-pathologique d'un angiome sarcomateux, par JOLLY (*Arch. de méd. exp.*, *VII*, *5*).

Une tumeur molle et violacée, de forme hémisphérique, est enlevée de la base du nez d'un enfant de 7 mois, et se montre, à l'examen histologique, constituée par des îlots néoplasiques séparés qui semblent formés de cellules épithéliales circonscrivant des lacunes et donnant l'idée d'un épithélioma tubulé. Mais les lacunes ou fentes contiennent des globules sanguins et sont bordées par un endothélium plat de type vasculaire. Il s'agit donc d'îlots néoplasiques péri-capillaires. Les courbes néoplasiques, au lieu de représenter des cellules épithéliales distinctes, montrent des amas nucléaires sans limites cellulaires, qui dans certains points semblent végéter dans les lumières vasculaires. Il s'agit donc d'une angiome à transformation sarcomateuse, le processus étant ici assez jeune et rudimentaire pour servir d'interprétation au développement des sarcomes, et des tumeurs d'ailleurs disparates qu'on a dénommées endothéliomes et cylindromes. GIRODE.

Epulides congénitales, par OLIVIER (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XVII, p. 627*).

Les épulides congénitales diffèrent essentiellement des épulides fibreuses, sarcomateuses, cancéreuses ou adamantines, dérivant d'un débris épithélial paradentaire. Leurs éléments spécifiques sont de très grandes cellules polymorphes, vraisemblablement de nature épithéliale (endothélium). Il n'est pas possible de déterminer encore avec certitude leur point de départ, qui ne paraît pas être dans l'organe de l'émail; peut-être faut-il admettre une inclusion accidentelle de la muqueuse gingivale au cours du développement de l'arcade alvéolaire. C. LUZET.

Ein Fall von wahrer Muskelhypertrophie..... (Un cas d'hypertrophie musculaire vraie), par FULDA (*Deut. Arch. f. klin. Med., LIV, p. 525, 1895*).

L'auteur trace ainsi la différenciation entre l'hypertrophie musculaire vraie et la fausse. En outre des différences histologiques, il faut noter l'âge du malade, la pseudo-hypertrophie débutant de bonne heure et permettant d'admettre une cause congénitale, tandis que la vraie débute plus tard et peut être due à des excès de fatigue. La pseudo-hypertrophie atteint surtout les soléaires et gastrocnémiens, presque toujours elle est symétrique ; dans la vraie, les membres supérieurs sont plus souvent pris, rarement il y a symétrie. Généralement, l'hypertrophie vraie provoque moins de troubles fonctionnels que la fausse. C. LUZET.

The bacteriological examination of nine autopsies of cases of diphtheria treated with antitoxin, par STOKES (*Boston med. Journal, 12 décembre 1895*).

Dans 9 cas de diphtérie non compliqués traités par l'antitoxine avec issue fatale, des cultures faites sur sérum sanguin des poumons, du foie, de la rate, des reins et du sang du cœur ont donné les résultats bactériologiques que voici : dans tous les cas le bacille de la diphtérie fut trouvé dans les cultures provenant du conduit respiratoire ; 5 fois la rate, le foie, les reins et le sang du cœur, 1 fois la rate et le sang du cœur et 1 fois la rate étaient de plus envahis par le streptocoque ; dans deux cas le pneumocoque était décelé dans les reins, un de ces cas en ayant aussi dans la rate. Dans les cultures de l'un de ces 9 cas, on ne trouva comme microorganisme que le bacillus coli communis. Les cultures des poumons, outre le bacille de la diphtérie, donnèrent encore soit seuls, soit en combinaisons variées, des streptocoques, des pneumocoques et des staphylocoques pyogènes. CART.

Ueber intravasculäre Fibringerinnung bei Thrombose (De la coagulation intravasculaire de la fibrine dans la thrombose), par ZENKER (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XVII, p. 448. Travail posthume édité par Hauser*).

La théorie de Schmidt, du rapport causal entre la destruction protoplasmique et la coagulation intra-vasculaire, semble ici mise hors de doute. Zenker n'a pas trouvé dans le cas qu'il étudie de rapports entre la

destruction des globules blancs et la formation de la fibrine; mais les coagulations semblent partir des amas de plaquettes et de l'endothélium vasculaire détaché et en voie de destruction. Ceux-ci produisent sûrement le ferment de la fibrine, peut-être aussi une partie de la substance fibrinogène. Zenker n'a pas confirmé la plasmoschise de Löwit ou la karyoschise de leucocytes de Lilienfeld. C. LUZET.

Demonstration einer embolischen Verstopfung der Lungenarterie, par LANGENBUCH (*Berlin. klin. Woch., p. 753, 26 août 1895*).

Homme de 56 ans; fracture du cou-de-pied en tombant. Au moment de l'entrée, marasme et cyanose. Il s'agit d'une fracture de Pott et les téguments au niveau de la maléole interne étaient distendus et ecchymosés. Appareil plâtré qui dut être fréquemment renouvelé à cause de la gangrène partielle des téguments malléolaires. Jamais de fièvre; 4 jours après le dernier changement d'appareil environ 4 semaines 1/2 après l'admission léger malaise le soir; dans la nuit, le malade manque d'air et périt étouffé au bout de quelques minutes.

A l'autopsie, obstruction totale de l'artère pulmonaire par un caillot détaché d'une vieille thrombose de la veine cave inférieure. Infarctus ancien dans les poumons et le foie. Atrophie brune et flaccidité du myocarde; début de néphrite interstitielle. Pas d'embolies graisseuses. J. B.

Communication zwischen Aorta und Pulmonalis, par RIBBERT et EICHHORST (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte, 1er février 1895*).

Homme de 34 ans, admis pour tuberculose des voies urinaires et des poumons. Au cœur, on ne percevait qu'un rythme de galop. Mort par tuberculose miliaire. A l'autopsie, l'aorte et l'artère pulmonaire communiquaient par un orifice accessible à une grosse sonde, à bords lisses et nets, situé du côté droit, à 1 centimètre et, du côté gauche, à 1 1/2 centimètre au-dessus des valvules semi-lunaires; les parois vasculaires attenantes étaient intactes. Le ventricule droit, énormément hypertrophié, avait des parois de 4 millimètres plus épaisses que le gauche; il y avait à la fois hyperplasie et hypertrophie des fibres dont certaines avaient un diamètre de 26 μ.

C'est le 4e cas connu de cette malformation du cœur. J. B.

Anatomie pathologique de la rate mobile, par PILLIET (*Progrès méd., 23 novembre 1895*).

Sur une rate mobile extirpée chez un ancien paludique, Pilliet a constaté la thrombose des vaisseaux au niveau du pédicule, l'oblitération secondaire de ces vaisseaux dans toute l'épaisseur de la rate et consécutivement des apoplexies, la transformation adipeuse et scléreuse, selon les régions de la pulpe rouge, et l'atrophie des corpuscules de Malpighi. Sur une rate hypertrophiée, en dehors de toute influence palustre, les lésions étaient analogues, sauf la présence du pigment sanguin. Ces altérations chroniques si étendues expliquent l'absence des signes cliniques après l'extirpation de la rate sur le vivant. H. L.

Des modifications des éléments figurés du sang dans un cas d'hémoglobinurie, par VAQUEZ et MARCANO (*Archives de méd. exp., VIII, 1, p. 48*).

Ces auteurs ont constaté une destruction de globules atteignant au moment de l'accès de 4 à 600,000 globules.

Tandis que les hématies n'avaient disparu que dans la proportion d'un neuvième, la déperdition en hémoglobine dépassait un tiers de l'hémoglobine totale.

La résistance du sang avait considérablement diminué au moment de l'accès, puisqu'au bout de vingt-quatre heures la somme des globules détruits estimée d'après la méthode de Malassez, était équivalente au tiers au moins du chiffre total, alors qu'en dehors de l'accès il n'égalait pas le quart de ce chiffre. H. BOURGES.

Le rein des saturnins : étude anatomo-pathologique et expérimentale, par J. PAVIOT (*Thèse de Lyon, 1895*).

Les néphrites chez les saturnins n'ont pas de systématisation spéciale; le plomb à doses massives produit expérimentalement des altérations épithéliales dégénératives, comme la cantharide, le phosphore, etc., mais elles n'ont pas de rapports immédiats avec les lésions d'intoxication lente.

Contrairement à Charcot et Gombault, l'auteur a vu que l'intoxication lente chez le lapin produit une néphrite interstitielle et que la cirrhose glandulaire telle que Charcot l'a conçue n'existe pas. Charcot et Gombault ont été probablement induits en erreur par la formation chez le cobaye d'infarctus calcaires, dès le début de l'intoxication par le plomb, dans les anses grêles de Henle et les tubes droits.

En somme, si chez l'homme le saturnisme a une part dans la production des néphrites, c'est en agissant de la même manière que toutes les autres causes qui produisent la même altération. H. FRENKEL.

Nefrite primitiva da staph. pyog. albus, par DESSY (*Lo Sperimentale, sez. biol., p. 205, 1895*).

Jeune homme de 19 ans; meurt rapidement avec des œdèmes, de l'albuminurie et de la céphalée. A l'autopsie on trouve des lésions de néphrite récente avec infiltration leucocytaire. Considérant que, dans tous les examens faits pendant la vie, le staphylocoque a été trouvé dans le sang, qu'il n'existait aucune lésion urétrale, vésicale ou des uretères, pouvant faire penser à une néphrite ascendante, que les lésions rénales étaient limitées presque exclusivement à la substance corticale, l'auteur admet une néphrite d'origine hématique. La porte d'entrée des bactéries aurait été dans une plaie contuse de la jambe, dont le malade souffrit pendant un mois avant d'entrer à l'hôpital.

C. LUZET.

Ueber parasitäre Ictero-Hämaturie der Schafe..... (Sur l'hématurie et l'ictère parasitaire de la brebis), par A. BONOME (*Archiv f. pathol. Anat., CXXXIX, 1*).

Bonome eut l'occasion d'examiner les viscères et le sang de 8 brebis qui avaient succombé à la suite d'accidents d'hématurie et d'ictère. Ces

brebis provenaient des environs de Padoue et étaient tombées malades, lorsqu'au printemps on les avait mises au pâturage.

Le *sang* de ces animaux renferme des corpuscules ovalaires ou pyriformes, d'un diamètre de 1 à 3 μ, présentant parfois des mouvements très prononcés. On les trouve aussi bien dans les globules rouges que dans le plasma.

La *rate* est remplie des mêmes parasites, mais son étude est des plus intéressantes, parce qu'on y observe plusieurs stades de l'évolution des sporozoaires. En effet, on y voit des masses protoplasmiques entourées d'une zone ou capsule plus claire ; chacune de ces masses se divise en quatre ou six corpuscules ovalaires ou en forme de lancette ou de croissant.

Le *rein* offre deux sortes de lésions : les épithéliums des tubes urinifères sont atteints de dégénérescence graisseuse et les glomérules montrent des anses vasculaires moins nombreuses ou complètement détruites. Les tubes urinifères, qui correspondent à ces glomérules, sont dilatés, remplis de globules rouges, l'épithélium est dégénéré et la lumière du tube est comblée par des groupes de parasites entourés chacun d'une capsule.

Le *foie* est atteint plus gravement encore : tous les lobules sont le siège de nécrose ; les parasites y sont abondants et présentent tous les stades d'évolution.

En pratiquant des injections intra-veineuses du sang des brebis malades à une autre brebis, à un lapin ou à un cobaye, Bonome n'a eu que des résultats négatifs.

Ces parasites appartiennent au groupe des protozoaires ; ils ont la constitution des amibes, mais, n'émettant pas de pseudopodes et s'entourant d'une capsule avant de se diviser, ils doivent être rapportés plutôt à la classe des sporozoaires. ÉD. RETTERER.

Étude histologique sur les épithéliomes du testicule, par PILLIET et COSTES (*Revue de chir., n° 8, p. 641, 1895*).

Ce travail est fondé sur l'examen histologique de 8 tumeurs épithéliales du testicule ainsi réparties : *a* 6 épithéliomes séminifères, *b* 1 épithéliome wolffien, *c* 1 épithéliome à tissus multiples. C'est là, en effet, la classification adoptée par Pilliet et Costes pour les épithéliomes qui tous débutent dans la région du corps d'Highmore et dont les auteurs cherchent à déterminer avec plus de précision le siège initial en faisant appel aux données de l'embryogénie.

On admet aujourd'hui que le développement des parties wolffiennes : épididyme, cônes efférents, et corps d'Highmore, est tout à fait distinct de celui des tubes de Pflüger du testicule.

Sous l'albuginée existent donc, au niveau du corps d'Highmore, deux épithéliomes bien distincts constitués d'abord, l'un par des boyaux pleins, l'autre par des canaux creux et ces deux épithéliomes doivent venir se mettre au contact pour former des tubes continus chez l'adulte. La non réunion accidentelle de quelques tubes de Pflüger avec les canaux wolffiens laisse inoccupés soit des canaux wolffiens, soit des tubes de Pflüger ; ils peuvent s'atrophier mais ils peuvent aussi former des

tumeurs, des épithéliomes qui présenteront des caractères tout différents suivant leur origine : 1° épithéliome développé aux dépens des débris wolffiens, formé de cellules cylindriques et à évolution kystique ; 2° épithéliome séminifère, tumeur pleine contenant les éléments séminifères au stade de spermatomères.

Enfin le hile du testicule et les tubes séminifères eux-mêmes contiennent des ovules femelles qui s'atrophient normalement. Il est donc possible que les épithéliomes à tissus multiples, si semblables à ceux de l'ovaire, relèvent comme eux du même processus de parthénogénèse ; ce sont de véritables tératomes d'origine ovulaire. C. WALTHER.

Sarcome à myéloplaxes de la gaine des péroniers latéraux, par LONGUET et LANDEL (*Archives de méd. exp., VII, 6*).

C'est chez une jeune femme de 23 ans que s'est développée une tumeur dure, occupant la partie inférieure de la gaine des péroniers latéraux, tumeur bilobée à évolution lente, de caractère bénin. Sur la coupe, il y a sur fond blanchâtre chondroïde des îlots jaunes de dégénérescence. Histologiquement, outre un stroma conjonctif important mais distribué sans ordre, il existe des éléments cellulaires polymorphes, arrondis et du type embryonnaire, ou polygonaux à noyaux multiples rappelant les cellules géantes ou mieux les myéloplaxes. Il existe un très petit nombre de capillaires sanguins à paroi fibreuse. La tumeur appartient donc à la classe des sarcomes à myéloplaxes.

GIRODE.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Sur la doctrine des centres nerveux thermiques, par G. JANNI (*Riforma medica, 21, 22, 23 et 24 octobre 1895*).

Dans le but d'élucider la question de l'existence de centres thermiques dans le cerveau, Janni s'est livré à différentes expériences chez les animaux, notamment chez les chiens.

Il a d'abord pratiqué la trépanation, puis après le retour de la température à l'équilibre physiologique, il a fait de nombreuses ponctions dans la susbtance cérébrale, suivies soit de l'injection de quelques gouttes de paraffine fondue à 45° et stérilisée, soit de teinture d'iode, de façon à déterminer le rôle respectif des excitants mécaniques simples et des excitants d'ordre chimique. A l'autopsie, la topographie des points lésés était notée avec soin.

Il résulte de ces expériences que la trépanation simple, sans aucune lésion de la dure-mère ou de la substance nerveuse, est toujours suivie d'une élévation de température passagère, sans que rien la distingue de celle qui peut survenir après des interventions pratiquées sur d'autres organes. A la suite des lésions cérébrales les plus variées de siège et de

nature, Janni n'a pu constater d'hypothermie ou d'hyperthermie. Le système nerveux ne paraît donc pas contenir de centres thermiques ; considéré dans son ensemble, il se borne à exercer une action régulatrice sur la production de chaleur qui est la résultante des échanges vitaux.

G. LYON.

La famille tératoplasique, par FÉRÉ (*Revue de chir., n° 8, p. 692, 1895*).

Féré relate dans ce très intéressant travail plusieurs séries d'expériences de greffes sur des poulets adultes d'embryons de la même espèce âgés les uns de 48 heures les autres de 24 heures.

Ces greffes ont donné lieu dans quelques cas à la production de tumeurs composées de tissu embryonnaire avec des noyaux cartilagineux. Ce premier résultat met en lumière un fait important, à savoir que les cellules mésoblastiques qui ne commencent à se différencier qu'à partir du cinquième jour de l'incubation, continuent à évoluer, au moins dans quelques circonstances favorables, aux dépens d'éléments implantés à une période beaucoup plus précoce.

Sur des poulets chez lesquels les greffes s'étaient résorbées, la résection des nerfs d'une aile fit apparaître à la région pectorale des tumeurs embryonnaires avec noyaux cartilagineux ; des éléments embryonnaires restés au milieu de tissus normalement développés peuvent donc subir une évolution ultérieure, fait qui vient à l'appui de la théorie de l'origine embryonnaire de certaines tumeurs et de la théorie tératologique de l'hérédité des tumeurs.

Enfin dans d'autres expériences, les greffes ont produit des formations très diverses dans lesquelles tous les tissus sont représentés.

« En somme, conclut Féré, la multiplicité des tumeurs chez le même individu, leur hérédité et leur dissemblance dans l'hérédité permettent de les rapprocher des dégénérescences. Leurs rapports avec les déformations tératologiques dans la famille et chez l'individu sont favorables à l'hypothèse, d'une origine tératologique commune aux dégénérescences (névropathie, arthritisme, etc.), auxquelles les tumeurs peuvent se trouver d'ailleurs associées. La diathèse néoplasique de Verneuil ou la prédisposition aux tumeurs constitue une sorte de déséquilibration trophique que l'on peut rapprocher des déséquilibrations fonctionnelles si variées qu'on observe chez les autres dégénérés.

« La possibilité de la différenciation ultérieure d'éléments embryonnaires non différenciés au moment de leur implantation dans les tissus donne un appui expérimental à cette hypothèse qui justifierait la dénomination de *famille tératoplasique* appliquée au groupe des tumeurs non parasitaires. »

C. WALTHER.

Recherches expérimentales sur la suture et la greffe artérielles, par JABOULAY et E. BRIAU (*Lyon méd., 19 janvier 1895*).

Les expériences, faites sur des chiens, ont consisté à suturer les deux carotides primitives liées, l'une très haut, l'autre très bas, de façon à permettre le rapprochement des deux vaisseaux. D'autres fois, un fragment détaché par double section était suturé, formant ainsi une véritable greffe.

Chaque fois il y a eu rétablissement de la circulation sanguine d'une carotide à l'autre, sans perte de sang au niveau des sutures. Les chiens ont été sacrifiés au 3e et 4e jour ; il y avait des caillots adhérents non pas aux points de suture, mais aux points où se faisait la compression pour l'hémostase. A. CARTAZ.

Histologische Untersuchungen über Knochenimplantationen (Recherches histologiques sur les implantations osseuses), par BARTH (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XVII, p. 65*).

L'auteur cherche à démontrer que les parcelles d'os implantées dans des os peuvent se souder en conservant leur vitalité. Les fragments enlevés au crâne par trépanation aseptique et réimplantés aussitôt, subissent la nécrose totale comme le bord de l'os voisin. La régénération se fait au bord de l'os environnant aux dépens du tissu épidural, périostal et enfin des espaces médullaires ouverts. Des ostéoblastes nouveaux pénètrent dans la partie nécrosée, se nourrissent des débris des anciennes cellules, et se transforment en os nouveau. Il n'y a de résorption au moyen de cellules géantes que là où le périoste a été décollé par la trépanation. L'espace intermédiaire est rempli par bourgeonnement vasculaire, de tissu ostéoïde, puis se fait la néoformation osseuse. Chez les animaux âgés il peut n'y avoir qu'une cicatrice fibreuse.

Les morceaux transplantés se comportent comme ceux qui ont été réimplantés. Le périoste se nécrose, sauf dans les cas où on a conservé un large pont périostique ; et la nécrose occupe aussi le bord de la plaie osseuse. Barth pense que les parties d'os pédiculées par une trop mince bande de périoste, comme dans les rhinoplasties, subissent toujours la nécrose et que les cas où il semble que le fragment a été conservé, sont des illusions dues à ce que la régénération osseuse s'est faite rapidement.

Quant à la durée du processus de réparation, il n'y a pas de différence que l'on emploie des os vivants ou des os macérés ; si la perte de substance n'est pas bien remplie, il y a nécrose et formation de tissu conjonctif, la néoformation osseuse périphérique restant modérée. Si on emploie des os décalcifiés ou des morceaux d'éponge, il se fait dans le premier cas une résorption de l'os mort, puis une néoformation conjonctive qui peut ensuite se transformer lentement et partiellement, à partir des bords en tissu osseux ; il n'y a qu'un processus d'apposition et non de substitution. C. LUZET.

Nouvelles recherches sur la greffe osseuse hétéroplastique, par A. MOSSÉ (*Arch. de physiol., p. 7, 1896*).

L'auteur défend la réalité des faits suivants : production, puis persistance de la greffe osseuse cranienne, même hétéroplastique. Il signale les résultats obtenus par trépanation chez un singe et transplantation de rondelles empruntées à une tête de chat et à un lapin ; en second lieu, greffe chez le lapin d'une rondelle prise chez le singe.

Il y a eu dans ces cas greffe réelle, vitalité réelle, mais atténuée, du transplant ; continuité par juxtaposition immédiate de ses bords avec

ceux de l'os sur certains points; leur fusion sur d'autres: enfin on a constaté la vascularisation du transplant.

Le transplant se nourrit donc au moyen des matériaux de la circulation sanguine et aussi par l'imbibition moléculaire que permet la juxtaposition des deux substances osseuses. DASTRE.

Ueber Leberveränderungen nach Unterbindung der Arteria hepatica (Altération du foie à la suite de la ligature de l'artère hépatique), par JANSON (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XVII, p. 505*).

La ligature de l'artère hépatique provoque chez le lapin des nécroses du tissu hépatique, parmi lesquelles, si elles sont grandes, la formation de kystes, si elles sont petites, des cicatrices, par prolifération du tissu conjonctif. La nécrose provoque la stase dans les canaux biliaires, et, par suite, la cirrhose et la nécrose. Les nombreux canaux biliaires qu'on peut apercevoir sont de faux canaux biliaires, c'est-à-dire des capillaires biliaires dilatés, entourés de cellules hépatiques en voie d'atrophie. Il ne se fait que très peu de néoformation de cellules hépatiques et de canaux biliaires. Il est à croire que la cirrhose va toujours en s'étendant jusqu'à la mort. C. LUZET.

Sur quelques troubles du rythme cardiaque déterminés par les blessures du cœur, par RODET et J. NICOLAS (*Arch. de physiol., p. 167, 1896*).

Les auteurs ont expérimenté les piqûres et les coupures, le cœur étant à nu ou ordinairement en place sans ouverture de la poitrine. On prend le tracé du pouls par le sphygmographe et la pulsation du cœur par le cardiographe de Laulanié. Les piqûres ne déterminent pas de troubles graves à moins d'atteindre les vaisseaux coronaires. L'effet est en général une stimulation, anticipation, d'une systole normale, ou une série de systoles accélérées, un état demi-tétanique. Quant aux coupures, il en est de même; leur gravité vient des hémorragies qu'elles entraînent (accumulation du sang dans le péricarde) et qui souvent s'arrêtent d'elles-mêmes. On n'observe jamais d'effets suspensifs ou inhibitoires. DASTRE.

De la régénération de la rate chez le lapin, par CERESOLE (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XVII, p. 602*).

La splénectonomie totale est bien supportée par les lapins même jeunes, et n'entrave pas leur nutrition; mais il n'y a jamais trace de néoformation de l'organe enlevé. Il n'y a pas non plus de régénération de la rate après ablation partielle de l'organe. Le fragment laissé en place n'augmente pas de volume, et son parenchyme ne paraît pas être le siège d'une activité plus grande. Après la splénectomie totale ou partielle, on n'observe aucune modification macroscopique des ganglions lymphatiques ou de la moelle osseuse chez l'animal sain. La guérison des plaies de la rate se fait à l'aide d'une cicatrice fibreuse, formée par la prolifération des cellules fixes du réticule et de la capsule; celles-ci paraissent jouer dans ce processus le rôle le plus important. C. LUZET.

Ricerche ematologiche (La rate comme organe hémocatatonique), par BOTTAZZI (*Lo Sperimentale, sezione biol., p. 433, 1894*).

Etudiant la résistance des globules rouges chez des animaux dératés, l'auteur trouve que toujours la splénectomie a pour effet l'apparition dans le sang de globules rouges beaucoup plus résistants qu'avant l'opération. Cette apparition se fait dès les premiers jours de l'opération et elle atteint progressivement une certaine limite ; chez un jeune chien, la résistance des hématies au bout de trois mois tendait encore à s'accroître. Cependant, pendant quelque temps, il disparaît des hématies plus débiles, ce sont celles qui ont subi l'influence de la rate. Pour expliquer ces faits, l'auteur suppose et essaye de démontrer que la rate prépare au moyen d'attaques incessamment répétées une diminution de résistance des hématies qui les rend plus facilement destructibles par les parenchymes hémocytolytiques, au nombre desquels il faut compter la rate elle-même ; autrement dit qu'elle prépare la dissociation de l'hémoglobine et du stroma en diminuant la tension sous laquelle le stroma tient l'hémoglobine emprisonnée Il se produit ainsi un équilibre continu entre la destruction et la néoformation des hématies, qui amène au foie et aux organes hématopoétiques une partie des matériaux nécessaires à leur fonctionnement. C'est à cette action que Bottazzi donne le nom de catatonique.

C. LUZET.

Ueber die Einheilung von Fremdkörpern unter Einwirkung chemischer und mikroparasitär Schädlichkeiten, par von BUENGNER (*Berlin. klin. Woch., n° 32, p. 710, 12 août 1895*).

Von Büngner a étudié expérimentalement la série de phénomènes qui produisent l'enkystement des corps étrangers, en introduisant dans la cavité abdominale de cobayes des fragments d'éponges, des morceaux de poumons humains infectés, de la térébenthine, de l'iodoforme et des cultures de staphylocoque doré. Il a constaté immédiatement une infiltration cellulaire très considérable ; ensuite, à partir du 2e jour, un travail de prolifération de la part des cellules conjonctives et endothéliales avec toutes les phases de la division nucléaire qui s'insinuent dans les interstices du corps étranger ; en 3e lieu, la néoformation de capillaires venant surtout de l'endothélium ; 4° le développement de cellules géantes aux dépens des cellules de granulations et des cellules endothéliales hyperplasiées. La présence des cellules endothéliales doit être regardée comme un travail favorable à la guérison. L'iodoforme entraîne une émigration énorme de cellules exsudatives. Les cellules dormantes de Grawitz (*R. S. M.*, XL, 54) n'existent pas et l'on doit continuer à admettre 2 phases successives dans l'inflammation : 1° celle de l'émigration des globules blancs du sang ; 2° celle de la formation de granulations dans laquelle le développement des cellules endothéliales joue un grand rôle.

J. B.

Versuche über den Zusammenhang örtlicher Reizwirkung mit Leucocytose (Recherches sur les rapports qui existent entre les irritations locales et la leucocytose), par R. WINTERNITZ (*Archiv für exp. Path. und Pharm., XXXVI, p, 212*).

Si après l'injection d'essence de térébenthine on examine les vaisseaux lymphatiques du membre correspondant, on constate immédiatement après l'injection une diminution de la quantité de lymphe; celle-ci se relève au bout de deux à trois heures, atteint la normale et peut la dépasser de beaucoup, jusqu'au double. Au début, le pouvoir de coagulation est plus faible, la lymphe perd sa coloration normale, devient rouge (nombreuses hématies) et plus tard gris rougeâtre. Leur richesse en cellules augmente. Au début et dans les deux à trois premières heures on ne trouve que de petits leucocytes uninucléés, plus tard à côté de ceux-ci, plus nombreux, on constate des leucocytes à noyau polymorphe très abondants (1 : 3); le résidu sec et la teneur en matières organiques de la lymphe s'élève; il peut y avoir augmentation des leucocytes dans la lymphe sans augmentation des leucocytes dans le sang.

On peut en conclure qu'au début de l'action locale de la térébenthine, il y a thrombose des lymphatiques, lorsque l'hyperémie de l'œdème augmente, les régions encore perméables conduisent aux vaisseaux lymphatiques une plus grande quantité de lymphe provenant du sang. Dans le conduit thoracique, il y a immédiatement augmentation de la quantité de lymphe, la térébenthine ayant une sorte d'action lymphagogène. Il y a aussi augmentation des leucocytes, portant exclusivement sur les mononucléés; où passent les leucocytes polynucléés? La leucocytose du sang ne semble pas dépendre des modifications de la lymphe générale, la ligature du canal thoracique, empêchant l'arrivée de la lymphe dans le sang, n'empêche pas la leucocytose sanguine. Sans doute, faut-il invoquer l'action lymphagogène des substances irritantes sur les organes lymphogènes.

PAUL TISSIER.

Einfluss des Alkali auf den Stoffwechssel der Microben (Influence des alcalins sur la nutrition des microbes), par F. BLUMENTHAL (*Zeitschr. f. klin. Med., XXVIII, p. 223*).

F. Blumenthal insiste sur la très grande importance de l'état et du degré d'alcalinité du milieu de cultures dans les cultures des microbes pathogènes, la formation des toxines microbiennes, des substances nuisibles aux bactéries, des produits divers de transformation résultant des échanges nutritifs. A.-F. PLICQUE.

La symétrie dans les lésions infectieuses, par CHARRIN (*Soc. de biologie, 1894*).

L'auteur montre que si certaines lésions vasculaires, des infarctus, sont symétriques, cela tient à l'intervention des centres vaso-moteurs qui rétrécissent les vaisseaux, dès lors plus faciles à obstruer. De sorte qu'au fond il s'agit bien, comme le veut la clinique, d'une action nerveuse. A. C.

Hématomyélie expérimentale, par CHARRIN (*Congrès de méd. Bordeaux, août 1895*).

A l'aide des toxines pyocyaniques l'auteur est parvenu à produire des hémorragies, dont quelques-unes dans la moelle ; ces lésions ont provoqué une paraplégie spasmodique. A. C.

Nanisme expérimental; rachitisme et infection, par CHARRIN et GLEY (*Soc. de biol., 22 février 1896*).

Les auteurs, en produisant des modifications chez les ascendants à l'aide des toxines, ont à diverses reprises obtenu des rejetons chétifs, à croissance incomplète, à os courts, à grosses extrémités, des rejetons souvent atteints de diarrhée, etc.

Ils ont reproduit le type clinique du rachitisme, établissant qu'il peut être la conséquence non d'une infection, mais de plusieurs infections.
A. C.

Les toxines et la croissance, par CHARRIN et NOBÉCOUR (*Archives de physiol., p. 248, 1896*).

Des lapins issus de générateurs ayant reçu des bactéries ou des toxines effectuent leur croissance avec une extrême lenteur (Gley et Charrin). Les auteurs ont recherché des faits analogues en pathologie humaine : ils ont dressé les courbes de croissance d'enfants normaux; puis parallèlement, celles d'enfants dont les mères étaient atteintes de tuberculose, pneumonie, pleurésie, influenza, suppuration, etc. Ils observent ainsi, entre la 6e semaine et la 11e, au lieu d'un accroissement quotidien de 28 grammes, un accroissement de 4 grammes, de 5 grammes, ou pas du tout. DASTRE.

Hémorragies pédonculaires d'origine infectieuse, par LABORDE et CHARRIN (*Soc. de biol., 11 janvier 1895*).

Sur des lapins présentés on constate la torsion de la tête, le mouvement de manège, l'inclinaison des yeux, etc., tous les signes des lésions des pédoncules ; ces animaux ont reçu des toxines pyocyaniques.

Or, dans des cas analogues, à l'autopsie le diagnostic a été vérifié.

Ces toxines font des hémorragies partout, parfois dans la moelle (hématomyélie), dans les hémisphères, etc. ; les altérations du foie favorisent ces extravasations ; l'association microbienne n'est pas indispensable, comme on l'a dit.

Ainsi, un même germe est capable de déterminer, du côté du système nerveux, des désordres centraux ou périphériques, inflammatoires ou dégénératifs, etc.

Action des courants de haute fréquence sur les toxines, par D'ARSONVAL et CHARRIN (*Acad. des Sciences, 10 février 1896*).

Les auteurs en agissant, sans électrolyse, sans chaleur, sont parvenus

à atténuer les toxines diphtéritiques; toutefois, ils ont pu ne pas les détruire complètement, les transformer en des sortes de vaccins. A. C.

Beitrag zur Lehre von der Phagocytose, par A. GOLDSCHEIDER et R.-F. MÜLLER (*Fortschritte der Med.*, *n° 9*, *1895*),

Les élèves de Metchnikoff, Werigo (*R. S. M.,* XLI, 474), Borrel, ont montré qu'après des injections de cultures microbiennes dans la circulation des lapins, on observe immédiatement une diminution de leucocytes dans le torrent circulatoire et une accumulation de leucocytes dans les capillaires viscéraux. Ils expliquent ce phénomène en disant que les leucocytes s'emparent des microbes injectés, les englobent et les transportent de la voie sanguine dans les organes.

Goldscheider et Müller ont refait ces expériences, en injectant dans la veine jugulaire de lapins des cultures de bacilles de la pomme de terre, pyocyanique, du pneumocoque, du streptocoque, etc., et en sacrifiant les animaux, soit immédiatement, soit à des intervalles déterminés n'excédant pas une demi-heure après l'injection. Le sang de la veine fémorale, examiné pendant la vie, a décelé une diminution considérable du chiffre des leucocytes, tandis que l'examen des tissus a révélé une leucocytose indéniable, observations conformes à celles des auteurs français. Mais, et c'est là le point essentiel, bien que les globules blancs s'accumulent en masse dans les capillaires qu'ils obstruent et que, partant, il y ait ainsi stase des microrganismes injectés dans ces capillaires, on ne remarque aucune absorption des microbes par les leucocytes, les uns et les autres sont visibles côte à côte.

G. et M. croient que ce sont les substances chimiques solubles renfermées dans les cultures injectées qui provoquent à la fois la diminution et l'augmentation du nombre des leucocytes, comme Goldscheider et Jacob l'ont établi antérieurement pour les extraits de rate, de thymus et de moelle osseuse (*R. S. M.*, XLV, 44 et 432). La leucocytose des capillaires retient les microbes, les filtre en quelque sorte et en débarrasse le torrent circulatoire. J. B.

A note on streptococci and streptococcus antitoxin, par J. BOKENHAM (*Brit. med. Journn.*, *p. 655*, *14 septembre 1895*).

Existe-t-il plusieurs espèces de streptocoques, les uns produisant l'érysipèle, les autres les abcès? L'auteur se prononce pour la négative. Selon lui, c'est le milieu de culture qui change l'aspect morphologique du streptocoque, et aussi sa virulence, car en les cultivant toujours de la même façon, on reproduit des effets toxiques identiques sur les animaux, tandis que, en les cultivant différemment, on détermine tantôt l'érysipèle, tantôt une infection générale, pyogénique ou non. Inversement, en les cultivant dans le bouillon, on les voit très rapidement perdre leur virulence.

Le milieu de culture adopté par Bokenham, pour conserver à la fois l'aspect morphologique et la virulence du streptocoque, est un mélange de bouillon et de sérum d'âne, qui vaut mieux, à ce point de vue, que le sérum de cheval.

Pour immuniser les animaux, les rats et les lapins ne conviennent pas : l'âne et le cheval résistent mieux, mais il faut agir avec beaucoup de lenteur et à très petite dose, car ils sont bien plus impressionnés par le streptocoque que par le bacille de la diphtérie. En procédant très lentement, on arrive à l'immunisation complète, non seulement contre la toxine streptococcique, mais contre le streptocoque lui-même.

L'auteur pense que l'association du sérum antidiphtérique et du sérum antistreptococcique rendra un service signalé à bien des malades chez lesquels l'infection streptococcique est la cause des plus graves complications. H. R.

Contribution à l'étude du tétragène, par P. TEISSIER (*Arch. de méd exp., VIII, 1, p. 14*).

Ce microbe, dépourvu de capsule dans les milieux de culture, en présente une facilement colorable, légèrement striée, à contours irréguliers lorsque le microbe est recueilli dans le sang ou les viscères des animaux inoculés.

La vitalité du tétragène disparaît complètement après plusieurs heures d'exposition à une température supérieure à 52°.

Il est pathogène pour les animaux, surtout le cobaye et la souris. Sa virulence, très variable, est longtemps persistante et s'exalte par l'inoculation en séries, ou par l'inoculation préalable aux animaux en expérience de cultures chauffées à 60°, de cultures filtrées ou de tuberculine.

Inoculé sous la peau ou dans les séreuses, le tétragène provoque une inflammation simple ou une exsudation séreuse, hémorragique ou purulente. Ces suppurations sont caséeuses à évolution froide. La lésion locale au point d'inoculation s'accompagne toujours d'une septicémie.

Introduit dans le tube digestif par la voie stomacale, il détermine une septicémie ou une péritonite.

Les cultures chauffées à 60° ou à 115° et devenues stériles, perdent toute propriété pyogène, mais restent douées d'une certaine toxicité.

Les cultures filtrées sont peu toxiques, de même que le précipité alcoolique repris par l'eau distillée.

Les cultures réduites à 1/10e par ébullition, ou l'extrait alcoolique évaporé dans le vide à basse température le sont davantage. H. BOURGES.

Sur l'action héréditaire et l'influence tératogène des produits microbiens, par CHARRIN et GLEY (*Arch. de physiol., p. 225, 1895*).

La vaccination du lapin contre la maladie pyocyanique s'est transmise 11 fois sur 59 animaux provenant de parents immunisés. La transmission héréditaire de la propriété conférée aux générateurs artificiellement se transmet 1 fois sur 12 quand le mâle seul a été vacciné, 1 fois sur 3 quand les deux générateurs ont été vaccinés.

Les auteurs écartent les explications de l'*immunité passive* d'Ehrlich (tranmission au fœtus de l'antitoxine maternelle) et celle de l'*immunité active* (action directe de l'agent immunisant sur les tissus du fœtus). Il s'agit bien d'une transmission héréditaire.

En second lieu, les auteurs ont examiné les résultats de l'infection des parents sur leur postérité. DASTRE.

Étude sur la différenciation anatomo-pathologique de la tuberculose de l'homme et des mammifères d'avec la tuberculose aviaire, par LERAY (*Archives de méd. exp.*, *VII*, 5).

La dualité spécifique de la tuberculose (type des mammifères, type des oiseaux), semble confirmée par l'étude des lésions hépatiques, spléniques et pulmonaires chez des cobayes et lapins inoculés avec les deux types de bacilles. Avec le bacille humain, les cellules hépatiques sont infiltrées de graisse, ce qui manque avec le bacille aviaire; les espaces portes sont sclérosés et infiltrés de leucocytes et les canaux biliaires multipliés dans le premier cas, ces lésions manquant dans le deuxième.

On note encore avec le bacille aviaire un développement excessif des cellules géantes, une abondance massive de bacilles et l'absence de caséification. Etat inverse avec le bacille humain. Ces derniers caractères se reproduisent dans la rate, où le bacille humain seul produit des foyers de nécrose, en particulier dans les corpuscules de Malpighi. Enfin, dans le poumon, les tubercules provoqués par l'injection de culture humaine sont nombreux et entourés d'une couronne de processus broncho-pneumonique, qui manque dans l'autre type de tuberculose.

Ces nuances sont intéressantes à noter. Mais ce serait mal connaître les variétés et gradations lésionnelles d'un même type infectieux que d'y voir des caractères distinctifs tout à fait décisifs. GIRODE.

Des lésions tuberculeuses chez l'homme et dans la série animale, par A. LERAY (*Thèse de Paris*, *1895*).

La première partie de ce travail consciencieux est consacrée à la relation de 38 examens histologiques personnels destinés à passer en revue les lésions de la tuberculose chez l'homme. Puis viennent 18 observations originales, chacune accompagnée d'un examen microscopique des organes, ayant trait soit à la tuberculose spontanée des animaux (chien, lionne, porc, bovidés, cheval, singe, gallinacés) soit à la tuberculose expérimentale du chien, du rat, de la souris ou de la poule.

Dans la deuxième partie, l'auteur démontre que les lésions provoquées chez le cobaye ou le lapin par l'inoculation de tuberculose sont tellement différentes, suivant qu'il s'agit de tuberculose des mammifères ou de tuberculose aviaire, qu'en présence d'une coupe de ces organes on peut affirmer l'origine du bacille inoculé.

Après inoculation de la tuberculose des mammifères on constate chez le lapin ou chez le cobaye (d'une façon plus accentuée encore chez ce dernier) les lésions microscopiques suivantes : dans le foie les cellules hépatiques sont souvent infiltrées de graisse, les capillaires dilatés, les espaces portes élargis et infiltrés de leucocytes, les canaux biliaires prolifèrent; on voit des foyers caséeux avec chromatolyse, contenant un petit nombre de bacilles; les cellules géantes sont rares. Dans la rate se voient des foyers de nécrose disséminés dans le parenchyme ou formant le centre des corpuscules de Malpighi; ils contiennent quelques bacilles

dispersés en dehors des cellules; on trouve aussi quelques cellules géantes; les capillaires sont extrêmement dilatés. Les poumons sont criblés de nodules à centre caséeux, entourés de cellules épithélioïdes et de lymphocytes; ces nodules sont remplis d'un grand nombre de bacilles, surtout dans les points nécrosés; quelquefois un bacille se trouve enfermé dans un leucocyte; les capillaires sont dilatés; autour des nodules les alvéoles infiltrées de leucocytes sont remplies d'un exsudat pneumonique.

L'inoculation de tuberculose aviaire au cobaye ne produit, le plus souvent, qu'une lésion locale; chez le lapin au contraire la tuberculose aviaire se généralise. Les lésions du foie dans ce cas se distinguent de celles obtenues avec la tuberculose des mammifères par l'absence d'infiltration graisseuse des cellules, l'intégrité des espaces portes et des canaux biliaires, le nombre considérable des cellules géantes et des bacilles bourrant les cellules et disposés en couronne dans leur intérieur, l'absence de caséification; de même dans la rate par le grand nombre des cellules géantes, la pullulation des bacilles dans leur intérieur et l'absence de nécrose. Dans les poumons la tuberculose aviaire produit rarement des nodules; quand on en constate, ils sont constitués par l'agglomération de cellules larges à noyaux clairs et de quelques lymphocytes; les bacilles sont enfermés dans les cellules formant une couronne à leur périphérie (caractère très spécial à la tuberculose aviaire); le tissu pulmonaire environnant les nodules est normal.

Les différences capitales, qui existent à propos du début des lésions de la tuberculose expérimentale dans la descritpion de Yersin et dans celle de Borrel tiennent à ce que le premier avait expérimenté avec la tuberculose aviaire, le second avec la tuberculose des mammifères.

H. BOURGES.

— Recherches sur le pneumo-bacille de Friedländer : étude des fermentations provoquées par cet organisme, par L. GRIMBERT *Acad. des Sc., 11 novembre, et Annales de l'Institut Pasteur, n° 11, p. 840, 1895).*

II. — Ueber einen pathogenen Kapselbacillus bei Bronchopneumonie, par J.-H. WRIGHT et F.-B. MALLORY (*Zeitschr. f. Hyg. und Infect., XX, et Hyg. Rundsch., V, n° 21, p. 988, 1er novembre 1895*).

III. — Ein neuer Kapselbacillus, gesüchtel aus Kieferhölen-Nasensekret, par J. HERZFELD et Friedrich HERMANN (*Hyg. Rundsch., V, n° 14, p. 642, 15 juillet 1895*).

IV. — Ueber einen als Erreger einer Pyohämie beim Menschen gefundenen Kapselbacillus, par H. CHIARI (*Prag. med. Woch., nos 24 à 27, 1895*).

I. — Cette étude a donné des résultats différents de ceux obtenus en Angleterre par Franckland sur le même microbe. Les produits de la fermentation, provoquée par le pneumobacille de Friedländer sont : l'alcool éthylique, l'acide acétique, l'acide lactique gauche, l'acide succinique. Mais tandis que la glucose, la galactose, l'arabinose, la mannite et la glycérine donnent de l'acide lactique gauche à l'exclusion de l'acide succinique, la saccharose, le lactose et le maltose donnent à la fois de l'acide succinique et de l'acide lactique gauche, et la dulcite, la dextrine et les

pommes de terre ne produisent que de l'acide succinique sans traces d'acide lactique. L'acide acétique a été rencontré dans toutes les fermentations à l'état pur, sans mélange d'acide formique ni d'acide propionique. L'alcool éthylique moins abondant que les autres corps formés fait quelquefois défaut comme dans les fermentations de pommes de terre ou de l'arabinose, ou bien n'existe qu'à l'état de traces dans les fermentations de glucose, de saccharose ou de maltose; dans les fermentations de dextrine, il est mélangé à une petite quantité d'alcools supérieurs. La mannite et la dulcite, ces deux isomères, fournissent : la mannite, de l'acide lactique, tandis que la dulcite ne donne que de l'acide succinique. PAUL TISSIER

II. — Wright et Mallory ont trouvé chez un homme mort de broncho-pneumonie, un bacille capsulé, long, assez épais dans le suc des foyers et dans le pus muqueux des bronches, à l'intérieur comme à l'extérieur des globules blancs de sang ainsi que dans les alvéoles des foyers pneumoniques. Ce microorganisme croît sur sérum sanguin, agar, gélatine, pommes de terre, ainsi que dans le bouillon et le lait. Il tue rapidement par septicémie, souris, cobayes et lapins; il provoque une suppuration locale. Inoculé dans la trachée d'un cobaye il ne produirait pas de pneumonie. Il est probable qu'il s'agit du même bacille capsulé que celui de Pfeiffer et celui de Fasching.

III. — Chez une femme de 26 ans, ayant un abcès du sinus maxillaire gauche, Herzfeld et Hermann ont trouvé dans le pus un nouveau bacille capsulé qu'ils appellent b. c. *misotherme*. Comme le pneumobacille de Friedländer il est très variable de forme et de taille; dans un même champ visuel on a des coques allongées, de courts batonnets à extrémités arrondies et des bacilles ayant une longueur de 4 à 6 fois plus grande que leur épaisseur. Toutes ces différentes formes à certain stade de leur développement, sont entourés d'une capsule très distincte qui varie également beaucoup de dimension. L'aspect du microbe dépend aussi jusqu'à un certain point de la température et de la nature du sol nourricier. La capsulation ne se maintenant qu'un certain temps, on aperçoit dans la même préparation des bacilles privés partiellement ou totalement de leur enveloppe; mais sur de nouvelles cultures, la capsule reparaît. Ce bacille est animé de mouvements propres, il prend facilement les colorants usuels, mais est réfractaire au traitement de Gram. Il ne dégage ni odeur, ni gaz, ni acide, a une consistance visqueuse et filante, liquéfie lentement la gélatine, est nettement aérobie, ne se développe pas aux températures excédant 30°, d'où la dénomination du misotherme; ne laisse pas voir de spores, croît sur des milieux solides ou liquides très divers et n'est pathogène ni pour les souris blanches, ni pour les rats, ni pour les cobayes, ni pour les lapins, ni pour les grenouilles.

Le bacille capsulé de Herzfeld et de Hermann se différencie des deux autres en ce qu'il ne croît pas à une température élevée. H. et H. ont d'ailleurs isolé des sécrétions nasales de la même malade, deux autres microbes ne se développant pas non plus à 37° et pour lesquels les températures oscillent autour de 30° étaient les plus favorables : ce sont un bacille fluorescent, ressemblant aux protées, et un bacille ressemblant au b. banal du côlon.

IV. — Homme de 52 ans ayant succombé à une infection purulente consécutive à une néphrite suppurée ascendante. A l'autopsie, on constata une suppuration des méninges, de l'otite moyenne, de la pneumonie lombaire, une endocardite aortique récente, de la suppuration des reins, du bassinet, de la vessie et de la prostate.

L'examen bactériologique du pus rénal, de la vessie et de la prostate révèle des bacilles immobiles ne se colorant pas par les procédés de Gram, munis de grosses capsules et croissant facilement sur tous les sols usuels. D'aspect

muqueux sur l'agar et les pommes de terre, ils dégagent beaucoup de gaz sur pommes de terre, donnent des cultures claviformes en piqûres dans la gélatine et ne coagulent pas le lait. Les coupes de l'endocarde, de la rate, les abcès rénaux, etc., ont fourni le même microrganisme qui est pathogène pour les souris, les cobayes et les lapins. Chez ces derniers, il provoque, par injection sous-cutanée, des abcès; par injection intraveineuse, une septicémie rapidement mortelle et par injection dans l'urètre, une néphrite purulente et ascendante. Chez les cobayes, il détermine, par injection intrapéritonéale une péritonite suppurée avec septicémie et par injection sous-cutanée de vastes phlegmons, etc. J. B.

Sur les conditions dont dépend la production du poison dans les cultures diphtéritiques; moyen simple de préparer une toxine très active, par H.-H. SPRONCK (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, *n° 10*, *p. 758*, *1895*).

La condition peut-être la plus importante pour obtenir des cultures riches en toxine est que le bouillon de viande ne contienne que des traces ou point de glucose. On peut ainsi cultiver le bacille dans de simples bouteilles à goulot étroit, de 500 centimètres cubes environ, la couche de bouillon ayant 15 centimètres.

Pour éliminer le glucose, on se servira d'une viande qu'on aura laissé vieillir autant que possible, même jusqu'à un commencement de putréfaction. La peptone sera aussi exempte de glucose et, pour plus de sûreté, on ajoute, après alcalinisation exacte et addition de 0,5 0/00 de chlorure de sodium, une petite quantité de carbonate de chaux. La viande de bœuf est préférable. La viande de cheval, plus riche en glucose, est à rejeter. PAUL TISSIER.

Ueber die antitoxischen Eigenschaften..... (Des propriétés antitoxiques que possède le sérum des enfants), par Waslaw ORLOWSKI (*Deutsche med. Woch.*, *n° 25*, *p. 400*, *1895*).

Le sérum du sang d'enfants, recueilli par section veineuse, était mêlé à une dose déterminée de toxines diphtéritiques de Behring ou d'Aronson et injecté à des cobayes. Il résulte de ces expériences que : 1° chez un nombre assez grand d'enfants n'ayant pas eu la diphtérie le sérum possède un pouvoir neutralisant à l'égard du poison diphtéritique; 2° le degré de force neutralisante ne paraît pas en rapport avec l'âge de l'enfant ; 3° le même pouvoir neutralisant se retrouve chez les convalescents de diphtérie quelque temps après la chute des fausses membranes et paraît sous l'influence du développement d'antitoxines créé par la maladie. Dans un cas, Orlowski a pu constater l'absence de ces antitoxines avant la maladie et leur présence après. Il est probable que le pouvoir neutralisant est dû aux mêmes substances chez le sujet indemne de diphtérie et chez le convalescent. H. DE BRINON.

Ueber die Behandlung der Diphtherie mit künstlich dargestellten Antitoxinen, par G. SMIRNOW (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 30*, *p. 645*, *et n° 31*, *p. 675*, *26 juillet et 5 août 1895*).

Continuation des expériences relatées (*R. S. M.*, XLV, 88). Smirnow onclut :

Les microorganismes de la diphtérie ne dégagent leur poison spécifique que sur l'albumine du sérum et sur les albumoses.

Sur la globuline, à la vérité, ils se multiplient, mais ils ne dégagent aucun poison et perdent même leur virulence.

La force du poison diphtéritique, provenant d'une seule et même culture, peut varier suivant l'espèce d'albumine ou l'espèce d'albumose employées à sa préparation : la toxine obtenue sur l'albumine du cheval est plus faible que celle obtenue sur l'albumine du bœuf ; de même, des bouillons de cheval, de bœuf et de veau, c'est ce dernier qui fournit le poison le plus énergique, tandis que celui de cheval fournit le moins actif.

La réaction du sol nourricier joue aussi un grand rôle sous ce rapport. A l'aide de l'électrolyse, on peut retirer du poison diphtéritique une antitoxine qui guérit les lapins et les cobayes infectés avec des cultures diphtéritiques, même à une période avancée de l'infection. Dans la préparation électrolytique de la toxine, on doit tenir compte non seulement des altérations de ses albuminoïdes, mais aussi de la décomposition de ses sels et ne pas perdre de vue que l'antitoxine ne peut développer sa vertu curative que si la composition de ses sels est approximativement la même qu'elle était dans la toxine avant l'électrolyse. Une antitoxine destinée à guérir des lapins doit être soumise plus longtemps à l'électrolyse que celle destinée aux cobayes. Quand il s'agit de déterminer la durée de l'électrolyse, il convient, avant tout, de prendre pour mesure le degré d'acidité du liquide au pôle négatif, parce qu'il existe incontestablement les relations les plus étroites entre la durée de l'électrolyse, l'acidité de l'antitoxine et les effets de celle-ci sur les animaux.

On trouve ainsi que l'antitoxine qui guérit le mieux les cobayes est celle qui possède de 0,9 à 1,3 d'acidité (c'est-à-dire lorsque 0,9 à 1,3 centimètre cube de liqueur alcaline normale neutralise, jusqu'à coloration de la phénolphtaléine, 1 centimètre cube d'antitoxine), tandis que pour les lapins, l'électrolyse doit être prolongée jusqu'à ce qu'on ait atteint l'acidité de 1,5 à 1,9. Il faut, en outre, considérer aussi la force du poison : plus fort il était, plus l'électrolyse doit durer de temps. Les modifications que l'électrolyse fait éprouver à la toxine et qui lui confèrent sa vertu curative, se produisent plus vite au pôle négatif qu'au positif ; autrement dit, si l'antitoxine *oxydée* doit posséder une acidité de 0,9 à 1,3 pour guérir les cobayes, il faut à l'antitoxine *réduite* une acidité de 1,5 à 1,7 pour guérir les mêmes animaux.

Les antitoxines artificielles présentent les mêmes propriétés que le sérum des chevaux immunisés, c'est-à-dire qu'elles immunisent et guérissent les animaux infectés par la diphtérie, avec cette différence cependant que leur action dépend à un très haut point du dosage et que tout excès d'antitoxine est nuisible. L'agent curatif préparé par Smirnow est si énergique qu'il suffit pour guérir un cobaye infecté avec un dixième de centimètre cube de culture diphtéritique, de lui en injecter 16 ou 18 heures après l'infection, de 0,5 à 1 centimètre cube, suivant le poids de l'animal. L'immunité naturelle ou au contraire la réceptivité à l'égard de la diphtérie des diverses espèces animales est très vraisemblablement due à la diversité des proportions réciproques d'albumine et de globuline dans leur sérum sanguin. J. B.

Action de l'eau sur le bacille diphtéritique, par DÉMÉTRIADÈS (*Archives de méd. exp., VII, 5*).

Le bacille de Löffler perd sa vitalité avec une rapidité variable, suivant la qualité des eaux auxquelles on le mêle. Avec de l'eau distillée stérilisée, on n'obtient plus de colonies après 21 jours. L'eau de source stérilisée ensemencée avec ce microbe donne encore une culture au 28e jour. S'il s'agit d'eau de source non stérilisée, dès le 9e jour le milieu est stérile. Lorsqu'on se sert d'eau distillée stérilisée, si l'on vient à faire des dilutions successives, on remarque que les plus étendues se montrent plus vite stériles. C'est d'ailleurs une loi générale que, dans les milieux, plus il y a de matières organiques et, en particulier de cadavres microbiens, plus la pullulation des germes vivants est active et prolongée.

Le bacille de Löffler perd assez vite sa virulence dans l'eau, mais il est facile de la lui restituer en le reportant sur un milieu favorable, par exemple le bouillon.

Dans les conditions naturelles, il faut tenir compte du rôle de la lumière solaire et du conflit des autres microbes, deux causes qui raccourcissent la vitalité du bacille diphtérique dans les eaux. GIRODE.

Pouvoir bactéricide du sérum antidiphtérique, par J. NICOLAS (*Thèse de Lyon, 1895*).

L'action thérapeutique et préventive du sérum antidiphtérique sur les sujets atteints de diphtérie spontanée ou expérimentale ne reconnaît probablement pas une origine univoque. A côté du pouvoir antitoxique, il faut donner une place au pouvoir bactéricide (ce terme étant employé dans son sens le plus large), nié jusqu'à présent, de ce sérum. Ce pouvoir bactéricide manifeste son action *in vitro* en diminuant la végétabilité et en atténuant la virulence du bacille de Löffler. Il semble proportionnel au degré de puissance immunisante du sérum utilisé. Il ne paraît avoir aucune action sur la morphologie, ni sur les réactions histochimiques de l'agent pathogène; il ne paraît pas étendre son action sur les générations successives en milieux favorables. La végétation du bacille de Löffler dans du sérum de cheval normal semble lui conserver une virulence plus forte et plus durable que sa végétation en bouillon de bœuf, fait déjà établi pour d'autres agents pathogènes (streptocoque).

H. FRENKEL.

De l'aggravation des effets de certaines toxines microbiennes par leur passage dans le foie, par Jos. TEISSIER et L. GUINARD (*Acad. des Sciences, 22 juillet 1895*).

Si le foie agit comme organe protecteur contre les poisons, il agit au contraire comme aggravant les effets de certains agents microbiens, rendant la pénétration des toxines plus rapide et leur virulence plus marquée. En injectant dans la veine mésentérique de chiens de la pneumo-bacilline, on constate que ces animaux sont plus rapidement et plus gravement malades que ceux qui reçoivent la même dose de poison

par la jugulaire ou la veine fémorale. Il en est de même pour la toxine diphtérique.

T. et G. pensent que la toxine arrivant directement dans le foie qui est physiologiquement un centre actif d'élaborations chimiques, provoque plus vite et à un plus haut degré la formation des poisons qui causent l'auto-intoxication. A. C.

Des hémorragies gastro-intestinales dans les cirrhoses du foie ; entérorragies expérimentales, par Aimé GAUTIER (*Thèse de Lyon, 1895*).

Poursuivant les recherches de J. Teissier sur le rôle des toxines non détruites par le foie malade et éliminées par l'intestin, dans la production des hémorragies intestinales au cours des cirrhoses du foie, l'auteur montre, par des expériences avec la pneumo-bacilline et la toxine diphtérique, qu'une faible quantité de toxines introduite dans le sang est capable de déterminer en très peu de temps des hémorragies gastro-intestinales remarquables par leur abondance. Deux conditions pathogéniques peuvent être invoquées : 1° la production de lésions intestinales sous l'influence de l'élimination des toxines par cette muqueuse ; 2° la vaso-dilatation du système porte consécutive à l'irritation directe ou réflexe des centres nerveux vaso-dilatateurs. H. FRENKEL.

Beitrag zum Studium der experimentellen malarischen Infektion an Menschen und an Thieren, par Eugenio DI MATTEI (*Arch. f. Hyg., XXII*).

L'injection sous-cutanée à l'avant-bras de 2 centimètres cubes du sang veineux d'un individu atteint de fièvre quarte avec hématozoaires a provoqué chez deux personnes qui n'avaient jamais souffert de fièvres intermittentes ou été dans des contrées paludéennes, l'explosion d'accès fébriles quartes avec l'hématozoaire caractéristique. Deux expériences semblables faites avec un 1/2 et 1 centimètre cube seulement du même sang ont échoué. La fièvre a été précédée d'une période d'incubation de 17 jours chez l'un et de 11 jours chez l'autre.

L'injection sous-cutanée de 2 centimètres cubes de sang (étendu d'autant d'eau) provenant d'une fièvre à type irrégulier avec hématozoaires petits, intraglobulaires, non pigmentés et quelques éléments falciformes de Laveran, a déterminé chez un individu sain, après 14 jours d'incubation, l'apparition d'une fièvre de type irrégulier qui a résisté un certain temps à la quinine ; le sang de l'individu inoculé contenait le jour du premier accès fébrile de petits éléments intraglobulaires non pigmentés et seulement 9 jours plus tard les premiers parasites falciformes.

D'autre part, di Mattei, chez un malade ayant la fièvre quarte, a injecté dans une veine, un jour d'apyrexie, du sang veineux d'un paludéen présentant les parasites de Laveran. A partir du 16e jour seulement réapparaissaient quelques petits éléments intraglobulaires non pigmentés qui, après avoir augmenté de nombre, rediminuèrent ; à ce moment (25e jour), on nota les premiers éléments falciformes. La température du malade offrit certaines oscillations (jusqu'à 38°) du 16e au 20e jour ; le 21e après l'injection, soit le 5e après les premiers troubles fébriles et l'apparition des corps falciformes, se produisit un violent accès de fièvre. Durant l'apyrexie des 3 jours suivants, ces corps falciformes persistaient. Ulté-

rieurement, on nota encore diverses ascensions thermométriques, mais sans aucune régularité.

La transmission expérimentale d'homme à homme de la fièvre intermittente a été tentée 28 fois. 11 de ces tentatives remontent à la période comprise entre 1884 et 1889 et n'ont qu'une valeur restreinte. Quant aux 17 expériences postérieures entreprises avec toute la rigueur scientifique désirable, elles se décomposent en 7 cas de fièvre tierce, 6 de fièvre quarte et 4 de fièvres à types irréguliers ou infections par les organismes de Laveran.

Di Mattei en conclut qu'on ne peut plus parler de l'unité des parasites paludéens non plus que de la transformation d'une forme en une autre ; il admet que les parasites paludéens se divisent en plusieurs espèces, qui se ressemblent morphologiquement à certains stades, mais que jamais aucune de ces espèces ne se transforme, pas plus que les types fébriles auxquels elle donne naissance ; enfin, que dans les formes d'intoxication ne répondant pas à un type fondamental, il s'agit d'infections mixtes, d'individus hébergeant simultanément plusieurs espèces de parasites.

Quant à la transmission de la fièvre intermittente d'animal à animal, di Mattei a fait 83 expériences (dont 35 par injections intraveineuses, 12 par injections intrapulmonaires, 6 par injections intraabdominales et 12 par le sang défibriné) sur des pigeons, qu'il déclare toutes négatives, bien qu'un grand nombre de ces pigeons aient succombé à une intoxication.

Di Mattei a recherché ensuite comment les pigeons s'infectent d'hématozoaires. Il conclut que la localité n'a aucune influence spécifique ; les infections seulement paraissent plus communes au voisinage du sol et en été et en automne (époques des fièvres intermittentes) qu'en hiver. Ni la cohabitation de pigeons sains avec des pigeons malades, ni l'hérédité ne jouent non plus de rôle.

Ont échoué également les expériences d'infection d'animaux par le sang paludéen humain, chez 16 pigeons, 6 lapins, 6 cobayes, 5 chiens, 2 chats, 1 loup et 1 singe ; de même trois tentatives d'injections souscutanées et d'injections intraveineuses de sang de pigeon infecté d'hématozoaires à l'homme. Conclusion : les hématobies des pigeons n'ont aucun rapport avec la fièvre paludéenne humaine. J. B.

Bacteriologische Blutuntersuchungen beim Abdominaltyphus, par Martin THIEMICH
(*Deutsche med. Woch.*, *n° 34*, *p. 550*, *1895*).

Les recherches de Thiemich ont porté sur 7 malades de la clinique de Breslau : 4 fois seulement le bacille typhique a été retrouvé dans le sang, 3 fois dans le sang des taches rosées, 1 fois dans le sang veineux. Dans les 3 cas où il existait dans les taches rosées on l'a vainement cherché dans le sang veineux.

Chez les 4 malades qui sont morts, on a retrouvé le bacille typhique dans la rate, on l'a trouvé aussi chez l'un d'eux associé au pneumocoque dans le poumon atteint de pneumonie, 2 autres fois associés au staphylocoque dans les ganglions mésentériques.

Le nombre des colonies provenant du sang était toujours très restreint, 2 à 3 par plaque, il était considérable dans les inoculations provenant de la rate.

Le moment d'apparition du bacille dans le sang est difficile à préciser, les expériences ont toutes été faites après le neuvième jour, on peut le fixer vraisemblablement vers la fin de la première semaine, époque où la tuméfaction de la rate apparaît, car il ne peut arriver à la rate que par la voie du courant sanguin. H. DE BRINON.

Beitrag zur Lehre vom Typhus abdominalis, par WASSERMANN (*Charité-Annalen, XIX*).

L'infection secondaire par les streptocoques, démontrée par leur présence dans le sang des malades, imprime à la fièvre typhoïde un caractère septique qui se décèle par les particularités suivantes : La fréquence du pouls comparée au degré de la température est beaucoup plus considérable que dans la fièvre typhoïde simple. Les oscillations de la courbe thermométrique sont beaucoup plus marquées. Dès le deuxième septénaire, se produisent des rémissions matinales atteignant jusqu'à la température normale, mais suivies d'une rapide ascension. Il y a une tendance très accusée aux hémorragies non seulement intestinales et nasales, mais encore sous forme de pétéchies et d'ecchymoses sous-cutanées.

Pour reconnaître l'effet des streptocoques sur les bacilles typhoïdiques, Wassermann a expérimenté sur des cobayes, animaux très sensibles au bacille d'Eberth, tandis qu'ils sont réfractaires à la plupart des streptocoques. A l'inverse de Vincent qui avait fait des expériences analogues sur les lapins, qui offrent une grande réceptivité à la fois à l'égard du bacille typhoïdique et des streptocoques, Wassermann n'a pas trouvé que la virulence du bacille d'Eberth fût exaltée par les streptocoques.

J. B.

Sur les caractères spécifiques du pouvoir curatif du sérum des animaux immunisés contre le bacille typhique ou le bacillus coli, par F. LÖFFLER et R. ABEL (*Centralbl. f. Bakt., XIX, 2-3, p. 51*).

Löffler et Abel, en employant du sérum de chiens immunisés, ont recherché si on pouvait au moyen des produits du bacille typhique ou du bacillus coli vacciner les cobayes contre l'une ou l'autre de ces infections indifféremment, comme le prétendent Sanarelli, Césaris Demel et Orlandi Agro, ou bien si chaque sérum a un pouvoir curatif spécifique, comme le disent Neisser, Funck, Pfeiffer, Dunbar.

Les conclusions de ce mémoire sont favorables à l'opinion de ces derniers auteurs.

Löffler et Abel ont d'abord remarqué que le sérum d'animaux non immunisés a un pouvoir curatif non seulement contre la dose mortelle minima de bacille typhique ou de bacillus coli, mais encore contre les plus faibles multiples de cette dose.

Le sérum antityphique vaccine contre une dose un peu plus forte de bacillus coli que le sérum normal; de même l'action du sérum curatif contre le coli bacille vis à vis du bacille typhique est un peu plus marquée que celle du sérum normal.

Mais chaque sérum n'a de pouvoir curatif bien marqué que vis-à-vis du bacille qui a servi à immuniser l'animal dont il provient; il est donc bien réellement spécifique, comme l'a dit Pfeiffer.

Löffler et Abel signalent encore les résultats suivants que leur ont donnés leurs expériences :

Les sérums spécifiques immunisent contre une dose deux fois mortelle de bacilles morts; mais il n'y a là rien de spécial, car on obtient le même résultat avec le sérum ordinaire.

En injectant dans la cavité abdominale de cobayes 1 centimètre cube de sérum normal ou de sérum antityphique et 24 heures après une dose deux fois mortelle de bacilles morts, on immunise ces animaux de telle façon qu'au bout de deux semaines ils supportent une dose cent fois mortelle de bacille typhique.

On obtient une *immunisation forcée* en injectant dans le péritoine de cobayes d'abord une dose non mortelle de bacilles typhiques virulents, puis des doses croissantes toutes les huit ou dix heures; les cobayes arrivent ainsi à supporter une dose cent fois mortelle de bacilles typhiques au bout de 48 heures.

En injectant de 0,5 centimètres cubes à 1 centimètre cube de sérum antityphique très actif on peut guérir des animaux encore 8 heures après qu'ils ont reçu dans le péritoine une dose deux fois mortelle de bacilles typhiques virulents, dose suffisante pour tuer des animaux non traités en 20 heures. H. BOURGES.

Ueber Selbstinfection vom Darm aus, par POSNER et A. LEWIN (*Berlin. klin. Woch., n° 6, p. 133, 11 février 1895*).

Expériences tendant à démontrer que les microorganismes de l'intestin peuvent facilement arriver dans les organes urinaires, en suivant la voie sanguine. A cet effet, Posner et Lewin provoquent chez le lapin une occlusion intestinale. Au bout de 18 ou de 24 heures, ils trouvent dans tous les viscères des bacilles offrant les caractères du microbe d'Escherich : dans le foie, la rate, le péritoine, le sang du cœur, la vessie, le rein après ligature de l'uretère supprimant toute communication avec la vessie.

L'injection intra-rectale de cultures du bacille prodigieux suivie immédiatement de l'occlusion artificielle de cet intestin, leur a fourni des résultats analogues. Après 18 ou 24 heures, le bacille prodigieux se retrouve dans tous les organes, dans le sang du cœur et du foie, dans la bile et dans l'urine de la vessie.

Posner et Lewin pensent qu'au nombre des maladies pouvant reconnaître ce mode d'auto-infection intestinale, doit être rangée surtout la pyélite de la grossesse où la compression exercée par l'utérus gravide tant sur l'intestin que sur les uretères favorise la pullulation des microorganismes dans l'urine stagnante et leur confère des propriétés phlogogènes. J. B.

Sur un bacille anaérobie et pathogène de l'intestin (bacillus enteriditis sporogenes), par KLEIN (*Centralbl. für Bakt., XVIII, 24, p. 737*).

Au mois d'octobre, il y eut subitement en une seule nuit 59 cas de diarrhée à l'hôpital Bartholomew de Londres. L'examen microscopique des selles montrait une quantité de bacilles, parmi lesquels on voyait des spores ovales, réfringentes, isolées ou agminées libres, ou encore enfer-

mées dans des bâtonnets cylindriques fréquemment disposés en chaînettes.

Des ensemencements sur les milieux ordinaires donnaient d'innombrables cultures de bacillus coli; mais un flocon de mucus intestinal ensemencé en culture anaérobie dans de la gélatine glucosée, ce milieu étant d'abord placé pendant 10 à 15 minutes à 78 ou 80° centigrades, puis à 20°, donnait après 24 heures de petites colonies sphériques et translucides. Au bout de 48 heures, la gélatine était liquéfiée jusqu'en haut et légèrement trouble. Les colonies qui s'étaient ainsi développées étaient formées de bâtonnets cylindriques isolés, par 2 ou 3, ou en chaînettes plus longues avec des spores libres ou enfermées dans les corps bacillaires.

Ces cultures dégageaient des gaz et avaient une forte odeur d'acide butyrique.

Ensemencé dans le lait, ce bacille coagulait la caséine lentement, au bout de 72 heures.

Ces bacilles avaient 1,6 à 4,8 μ de longueur et 0,8 μ d'épaisseur. Les spores libres avaient 0,8 μ d'épaisseur et 1,6 μ de longueur.

Ils présentaient des mouvements lents et peu étendus et avaient des flagelles à une de leurs extrémités et souvent aux deux.

Ils ne se décoloraient pas par la méthode de Gram.

Avec 0,5 à 1 centimètre cube d'une culture vieille de quelques jours en injection sous-cutanée on tuait un cobaye en 24 heures; il présentait un œdème gazeux et un épanchement péritonéal.

Ces deux exsudats contenaient le bacille inoculé.

Ce microbe était encore pathogène pour la souris.

Une enquête faite au moment où éclata cette épidémie de diarrhée, montra que tous les malades qui avaient été atteints avaient bu du lait provenant d'une même origine; une infirmière avait également eu la diarrhée, c'était la seule qui eut bu de ce lait. Or, dans ce lait suspect se trouvait le bacille anaérobie isolé dans les selles, ce bacille paraît donc avoir été la cause de l'épidémie de diarrhée.

L'auteur montre que ce bacille se distingue des bacilles butyriques de Hueppe et de Botkin, du clostridium butyricum et du bacille de l'œdème malin et il lui propose le nom de bacillus enteritidis sporogenes.

H. BOURGES.

Hypertrophie expérimentale des capsules surrénales, par CHARRIN et LANGLOIS
(*Soc. de biol.*, *31 janvier 1896*).

Les auteurs ont réussi à déterminer chez le cobaye des augmentations considérables (volume triplé) des capsules surrénales, en injectant des poisons microbiens.

Ils rapprochent cette sorte d'hypertrophie par essai de fonctionnement de cette autre notion établie par eux, à savoir l'action de destruction de certains toxiques par ces organes.

Ils voient dans ces viscères, des viscères à rôle anti-toxique.

A. C.

Choleragift und Choleraantitoxin, par RAMSOM (*Deutsche med. Woch.*, n° 25, *1895*).

Les expériences de Ransom ont été pratiquées à la fabrique d'Höchste sous l'impulsion de Behring, ses conclusions sont : on peut isoler, des cultures de choléra, un liquide et une substance sèche pulvérulente qui possèdent les propriétés spécifiques du choléra ; 0,50 du liquide, 0,07 de la poudre sèche constituent la dose minimum mortelle d'un cochon d'Inde de 250 grammes.

L'animal meurt au bout de 24 heures avec le liquide, au bout de 12 heures avec la poudre ; 0,10 de la poudre tuent en quelques minutes. Ce poison ne se conserve pas ; au bout de 20 jours, il a perdu la moitié de sa force. Les souris blanches et les pigeons sont réfractaires.

Les animaux traités par cette toxine, d'après les règles de l'immunisation, fournissent un sérum qui peut neutraliser aussi bien la culture pure que le liquide privé de ses bacilles, le sérum agit aussi bien lorsqu'on le mélange avec le poison avant l'administration que lorsqu'on l'injecte en même temps. H. DE BRINON.

Sérum anticharbonneux, par E. MARCHOUX (*Annales de l'Institut Pasteur*, n° *11*, *p. 785*, *1895*).

Le sérum des animaux (lapin, mouton) amenés progressivement à supporter de très fortes doses de cultures charbonneuses en bouillon, acquiert une propriété spéciale : il possède des qualités préventives indiscutables, il est curatif. Après l'injection de ce sérum, on observe une excitation passagère de la réaction phagocitaire qui amène la destruction des bactéridies. Chez les animaux vaccinés par les virus atténués, les bactéridies sont aussi détruites par les phagocytes, mais chez eux la résistance phagocytaire est très durable. PAUL TISSIER.

Contribution à l'étude de la swine plague, du hog choléra et de la pneumo-entérite des porcs, par W. SILBERSCHMIDT (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, n° *2*, *p. 65*, *février 1895*).

Les maladies des porcs connues sous les noms de swine plague (Salmon), hog choléra (Salmon) et pneumoentérite infectieuse sont dues à un seul et même virus. Bien que différant par quelques caractères morphologiques, les trois microbes se sont montrés analogues au point de vue des produits microbiens, des propriétés pathogènes, des symptômes morbides et des lésions chez les animaux (lapin, cobaye, souris, pigeon). Les différences de virulence et de toxicité ne sont que quantitatives. On peut admettre qu'elles ont été occasionnées par des influences extérieures, vu que ces différences ne sont pas constantes.

La vaccination des lapins contre le microbe virulent a été obtenue au moyen de sang et de cultures stérilisés ; elle dure au moins quelques mois. Les animaux vaccinés contre le virus le plus actif sont réfractaires aux microbes moins virulents, mais l'inverse n'a pas lieu : les animaux immunisés contre le microbe le moins virulent ont succombé à l'injection

d'un microbe plus exalté, en présentant, il est vrai, une résistance de beaucoup supérieure à celle des témoins. Pour généraliser la méthode et obtenir des résultats certains, il est donc indispensable de prendre le microbe le plus virulent comme point de départ. L'immunisation est également possible au moyen d'injections de sérum d'animaux vaccinés; dans ce cas, elle n'est que passagère. Tout porte à croire que ces résultats s'appliquent aussi au porc, et, en continuant les expériences sur cet animal, on peut espérer obtenir un sérum capable d'exercer une action préventive et thérapeutique efficace. PAUL TISSIER.

I. — Ueber Impfung von Sarcoma melanoticum carcinomatodes, par JUERGENS (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 21*, *p. 465*, *27 mai 1895*).

II. — Ueber Impfversuche von Sarcomen auf Thiere, par LE MÊME (*Ibid.*, *n° 34*, *p. 747*, *26 août 1895*).

I. — Juergens a inoculé 6 lapins, dans la cavité péritonéale, avec des parcelles d'un sarcome mélanique du pancréas humain, recueillies 36 heures après la mort. Au bout de 8 jours, un de ces animaux présentait, sur le grand épiploon et le mésentère, une tumeur mélanique ayant 1 centimètre de longueur, $0^{cm},3$ de largeur et $0^{cm},2$ d'épaisseur. Un autre, qui succomba à une entérite au bout de 3 semaines, avait deux tumeurs de même nature, grosses comme un noyau de cerise et un pois, dans le grand épiploon. Le 3e, sacrifié aujourd'hui seulement, offrait les mêmes petites tumeurs noires, non seulement sur le mésentère, mais encore dans le cœur droit et, sur l'endocarde, de nombreux noyaux sphériques, de la grosseur de grains de chènevis, d'un noir brun, de consistance molle, quelques-uns pédiculés.

On aperçoit les organismes pathogènes de ces tumeurs mélaniques, en partie sous forme de corps isolés, arrondis ou ovales, d'un brun noir qui semblent être des coccidies pigmentifères. En d'autres points, on voit des éléments sphériques plus petits, mais de même teinte, libres dans le tissu ou inclus dans des cellules; ils présentent toutes les variétés de dimensions entre celles du corpuscule nucléaire d'une cellule ronde indifférente et celles d'une hématie.

II. — Juergens présente 2 lapins atteints de sarcome oculaire. L'un d'eux, qui a dans l'œil droit une tumeur grosse comme une noisette, a été inoculé dans le péritoine avec un sarcome métastatique du cerveau de l'homme. L'inoculation a été pratiquée il y a trois mois. L'autre a été inoculé dans l'œil avec un sarcome mélanique qu'on venait d'enlever à un homme. Cet animal offre sur la conjonctive bulbaire une tumeur noire de la grosseur d'un pois qui s'est développée en une quinzaine. L'examen microscopique de la tumeur oculaire humaine a confirmé Juergens dans l'idée que les sarcomes mélaniques sont produits par une coccidie brune.

Un autre lapin a été inoculé il y a quelques mois avec un myxosarcome de l'ovaire humain recueilli 24 heures après la mort. Il offre des tumeurs dans les poumons et l'intestin; celles des poumons ont les dimensions de haricots et sont bien délimitées. L'intestin grêle renferme une tumeur, d'un gris mat, qui forme une ceinture large de 1 centimètre 1/2 et épaisse de 1/2 centimètre sur la paroi et est légèrement ulcérée en un point; en outre,

le gros intestin et l'appendice vermiforme contiennent aussi des tumeurs, tumeurs pulmonaires et tumeurs intestinales, renfermant des organismes ovales, d'un jaune verdâtre, sur lesquels Juergens se propose de revenir.

J. B.

Production expérimentale d'un lymphadénome ganglionnaire généralisé chez un chien, par Pierre DELBET (*Acad. des Sciences, 17 juin 1895*).

Chez une femme atteinte de lymphadénome généralisé, l'auteur a trouvé, dans le sang de la rate, un bacille qu'il a cultivé et avec les cultures duquel il a fait des injections à un chien. Cet animal, un peu plus d'un mois après, était atteint de lymphadénome généralisé. Pour écarter l'objection qu'il pourrait s'agir d'une simple coïncidence, l'auteur a fait des cultures avec les ganglions de ce chien, et a constaté qu'ils contenaient à l'état de pureté le bacille inoculé. C'est la première fois qu'est produit, expérimentalement, le lymphadénome par inoculation de cultures pures d'un bacille, sinon spécifique, du moins pathogène. L'auteur doit publier ultérieurement l'étude biologique complète de ce bacille.

M. DUVAL.

Contribution à l'histologie pathologique de la rage, par E. GERMANO et J. CAPOBIANCO (*Annales de l'Institut Pasteur, p. 635, août 1895*).

Dans la moelle épinière de chiens et de lapins rabiques existent des altérations anatomiques constantes : attaquant tous les éléments du tissu nerveux, elles ne sont pas uniformément distribuées dans les diverses sections de la moelle, les foyers dominent dans les régions motrices. Le caractère des lésions indique une phlogose aiguë ; sans être décisif, leur ensemble peut, dans une certaine limite, être considéré comme caractéristique.

La dégénérescence des cellules nerveuses aboutit, à travers des formes variées, à la disparition complète de l'élément. Le rapport anatomique intime entre la névroglie interstitielle et le tissu du stroma myélinique apparaît aussi, à égalité de conditions, dans le mode identique et simultané de réaction au stimulus morbide. Le grossissement anormal dû au stimulus pathologique rend assez visible les petits corpuscules névrogliques peu visibles à l'état normal, ce qui explique les opinions discordantes à ce sujet.

Dans la phlogose de la moelle épinière produite par la rage, le stimulus qui tend à détruire les éléments propres de la moelle (cellules et fibres), exerce une action favorable sur la névroglie, qui devient hypertrophique et hyperplasique; l'hypertrophie et l'hyperplasie de la névroglie contribuent probablement, de leur côté, au sphacèle des cellules et des fibres nerveuses.

PAUL TISSIER.

Recherches sur l'influence de l'électricité sur l'évolution de l'embryon de poule, par C. DARESTE (*Acad. des Sciences, 16 décembre 1895*).

Le germe de l'œuf de poule, soumis à des actions électriques diverses qui feraient périr des animaux adultes d'un certain volume, n'est pas

atteint dans sa constitution matérielle; il se développe, mais il est virtuellement modifié dans la plupart des cas, car l'embryon présente des anomalies très diverses, semblables du reste à celles observées dans les autres expériences de tératogénie. L'électricité n'agit donc pas autrement que toutes les causes qui modifient l'évolution et lui impriment une direction différente de la direction normale. M. DUVAL.

I. — Zur Vaccine-Immunität, par BEUMER et PEIPER (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 34*, *p. 735*, *26 août 1895*).

II. — Zur Vaccinimmunität, par FRIEDLAENDER (*Ibid.*, *n° 39*, *p. 854*, *30 septembre 1895*).

III. — Entgegung....., par BEUMER et PEIPER (*Ibid.*, *n° 41*, *p. 907*, *14 octobre 1895*).

IV. — Bemerkungen....., par FRIEDLAENDER (*Ibid.*, *n° 43*, *p. 951*, *28 octobre 1895*).

I. — Beumer et Peiper concluent de leurs expériences que le sang ni le sérum des veaux vaccinés ne contient de substances qui, inoculées à d'autres veaux, leur confèrent l'immunité à l'égard de la vaccine; tout au moins ces substances s'y trouvent en proportions si insignifiantes qu'elles sont dénuées de toute application pratique.

II. — Friedlaender fait remarquer que Beumer et Peiper ayant fait leurs vaccinations de contrôle déjà un ou deux jours après l'injection de sérum sont seulement autorisés à conclure que les substances vaccinantes contenues dans le sang des veaux vaccinés, transmises à d'autres veaux, ne peuvent leur conférer l'immunité à l'égard de la vaccine pendant les 4 premiers jours, résultat conforme à l'observation de ce qui se passe après l'inoculation du vaccin, puisqu'on sait que les individus vaccinés se laissent parfaitement revacciner pendant les 4 ou 5 premiers jours, que leur immunité débute à partir du 5e jour et est parfaite à partir du 7e seulement.

III. — Beumer et Peiper, pour repousser la critique de Friedlaender, lui disent qu'il a confondu l'action de la vaccine avec celle des substances protectrices qui sont déjà élaborées dans le sérum.

IV. — Friedlaender réplique qu'il n'a pas fait cette confusion et persiste dans sa conclusion que l'injection du sérum sanguin des individus vaccinés se comporte dans les premiers jours exactement comme l'inoculation avec la vaccine et qu'il n'est pas permis d'assimiler la substance active du vaccin aux substances protectrices élaborées dans les sérums antitétanique, antidiphtéritique et anticholérique. J. B.

Zur Kenntniss des Phlorhizindiabetes (Sur le diabète phlorhizique), par N. ZUNTZ (*Archiv f. Physiol.*, *p. 570*, *1895*).

Von Mering a montré que le sucre n'augmentait pas dans le sang après l'administration de phlorhidzine; on admet généralement que le diabète phlorhidzique est dû à ce fait que les cellules des canalicules urinifères acquièrent dans ce cas une affinité plus grande pour le sucre du sang. Minkowski a d'ailleurs montré qu'après l'extirpation du rein, l'administration de phlorhidzine n'augmente pas le sucre du sang. Zuntz montre

que l'injection de 1 à 5 centimètres cubes d'une solution à 0.5 0/0 de phlorhidzine pratiquée lentement dans une artère rénale, au moyen d'une seringue munie d'une canule piquante, et sans interrompre la circulation rénale, a pour effet de faire apparaître immédiatement le sucre en grande quantité dans l'urine du même côté. Plus tard, l'autre rein sécrète également une urine sucrée.

Dans le diabète pancréatique, au contraire, il y a augmentation du sucre du sang.

Zuntz admet dans l'organisme un mécanisme régulateur de la teneur en sucre du sang. LÉON FREDERICQ.

Contribution à l'étude des myélites infectieuses expérimentales, par H. LEBON (*Thèse de Paris, 1896*).

Après avoir exposé l'historique de la question, l'auteur donne les résultats de ses recherches personnelles :

Il a obtenu une myélite avec paralysie du tronc postérieur en inoculant des pneumocoques dans le sang d'un lapin; les lésions portaient exclusivement sur la substance grise, dans toute la hauteur de la moelle et étaient constituées par des altérations des cellules nerveuses (décoloration du protoplasma simple ou accompagnée d'atrophie de la cellule et de disparition du noyau et des prolongements) et un état congestif très marqué de l'axe gris, avec foyers hémorragiques. L'observation donnée comme myélite à pneumocoques chez un cobaye est moins démonstrative, la pureté du liquide inoculé étant discutable.

Les résultats obtenus par l'inoculation de staphylocoques dorés à des lapins sont très intéressants. Sur 12 lapins inoculés, 4 présentèrent des troubles paralytiques. Deux d'entre eux eurent de la paralysie du train postérieur; leurs moelles offraient les lésions constatées déjà chez le lapin qui avait eu une paralysie pneumococcique. Le troisième lapin eut une paralysie ascendante qui frappa successivement les 4 membres. Les lésions médullaires étaient sensiblement les mêmes que celles qui avaient été observées dans les cas précédents, sauf que l'état vacuolaire des cellules nerveuses était plus marqué et que dans la substance blanche on trouvait quelques cylindraxes colorés en rouge vif et notablement augmentés de volume. Le quatrième lapin présenta d'abord une hémiplégie limitée au côté gauche, mais dans les derniers jours la paralysie s'étendit aussi à la patte postérieure droite. On trouva dans la moelle, au niveau de la région lombaire du côté gauche, un petit foyer de ramollissement occupant le cordon antéro-latéral gauche et la corne grise du même côté. Dans la corne grise du côté opposé les cellules nerveuses présentaient les altérations déjà indiquées. Dans la substance blanche se voyaient quelques cylindraxes augmentés de volume et colorés en rose pâle.

L'auteur a encore obtenu une paralysie complète du train postérieur chez un lapin, en lui injectant dans la trachée une culture d'un bacille retiré pendant la vie de la rate d'un typhique. La moelle de ce lapin présentait au niveau de la région lombaire des altérations vacuolaires des cellules, sans modifications vasculaires. Autour des ganglions rachidiens se voyait une légère infiltration embryonnaire. Les nerfs sciatiques présentaient au milieu de tubes nerveux normaux, des tubes dans lesquels

il y avait une fragmentation marquée de la myéline et des cylindraxes. Les caractères du bacille inoculé ne paraissent pas avoir été exactement déterminés; l'auteur indique seulement qu'il ne coagulait pas le lait, même après ébullition et qu'il possédait des mouvements de translation; on ne peut donc affirmer qu'il s'agissait du bacille typhique. H. BOURGES.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

Sur l'influence des différentes substances alimentaires et du jeûne sur la durée de l'élimination par les reins de l'iodure de potassium et du salicylate de soude, par DEBAGORI-MOKRIEWITSCH (*Vratch, n° 47, et Thèse de Saint-Pétersbourg, 1895*).

1° La durée de l'élimination des médicaments par les reins dépend de la qualité et de la quantité des substances alimentaires ingérées;

2° Avec la nourriture animale, en particulier avec la viande, la durée de l'élimination des médicaments par les reins est plus courte qu'avec l'alimentation végétale;

3° Après un repas copieux, la durée de l'élimination des médicaments est plus courte qu'après un repas frugal;

4° Le jeûne complet ou incomplet prolonge considérablement la durée de l'élimination des médicaments par les reins;

5° L'élimination de l'iodure de potassium par les reins n'est pas régulière, mais s'exagère quelques heures après le repas. H. FRENKEL.

Influence de l'alcool, du sucre de canne, des substances mucilagineuses et amidonnées sur l'absorption de quelques médicaments dans l'estomac de l'homme sain, par P.-M. BERSONOFF (*Vratch, n° 40, et Thèse de St-Pétersbourg, 1895*).

1° L'absorption des médicaments dans l'estomac à l'état de vacuité est très rapide.

2° L'alcool à 30 0/0 et à 50 0/0 accélère l'absorption des médicaments dans l'estomac.

3° L'alcool à 65 0/0 ralentit l'absorption.

4° Le sucre de canne à 10 0/0 agit comme l'alcool faible, il accélère l'absorption.

5° La gomme arabique ralentit l'absorption.

6° Les substances amidonnées ralentissent également l'absorption.

H. FRENKEL.

Influence du repos et des mouvements sur la rapidité de l'absorption de quelques médicaments dans l'estomac chez l'homme sain, par P.-M. SOKANOWSKI (*Vratch, n° 40, et Thèse de St-Pétersbourg, 1895*).

1° La rapidité de l'absorption des médicaments dans l'estomac à l'état de repos varie avec les changements de position du corps ;

2° Dans le décubitus au repos, l'absorption est plus lente que dans la position assise au repos ;

3° Le ralentissement de l'absorption dans la position couchée se manifeste, et par l'apparition plus tardive de la réaction, et par le prolongement de l'intervalle entre le début et le maximum de la réaction ;

4° La rapidité de l'absorption des médicaments sous l'influence des mouvements du corps varie avec la nature de ces mouvements.

5° Pendant la marche, l'absorption est plus rapide que pendant la course.

6° L'accélération de l'absorption pendant la marche se manifeste par l'apparition plus précoce de la réaction et par la destruction du temps écoulé depuis le début jusqu'au maximum de la réaction ;

7° La plus grande rapidité de l'absorption a lieu pendant les mouvements modérés, la plus grande lenteur correspond à la position couchée au repos ;

8° Chez l'homme sain, mais fatigué, l'absorption est retardée et dure un temps des plus variables ; H. FRENKEL.

Cocaïne : ses propriétés toxiques et thérapeutiques, par E. MAUREL (*Paris, 1895*).

L'auteur accepte comme démontrée, et confirme d'ailleurs par ses propres expériences, la doctrine exposée par Dastre (1892), à savoir que la cocaïne serait comparable aux anesthésiques généraux, agissant sur tous les protoplasmas animaux et végétaux (cils vibratiles, ferments, germination). Elle obéit comme eux à la loi de l'excitation préparalytique, à la loi de la hiérarchie histique, à la loi de l'action temporaire. Ceci posé, l'auteur a voulu pénétrer plus profondément dans le mécanisme intime de cette action générale. Et voici ce qu'il a observé : La cocaïne exercerait une action élective sur les leucocytes. D'autres agents chimiques exerceraient également une action élective sur ces éléments. Ce serait en grande partie par suite de cette action, c'est-à-dire, en somme, par l'intermédiaire des leucocytes, que la cocaïne exercerait ses effets. Et ce mécanisme serait assez général. Il fournirait un système nouveau d'explications pour le mécanisme des actions toxiques et médicamenteuses.

L'auteur examine par la méthode d'immersion les éléments figurés du sang de l'homme, du cobaye, du lapin, de la grenouille, dans leur plasma et à leur température normale. Les leucocytes les plus volumineux vivent dans le sang, mais n'y circulent pas : ce sont d'ailleurs les plus contractiles. Cet élément n'est entraîné que lorsqu'il ne possède pas encore sa motilité adulte ou qu'il l'a perdue sous l'action de certains agents, tels que froid, chaleur, action de la cocaïne. Les leucocytes deviennent d'abord subglobuleux, plus résistants, perdent leur adhésivité, puis sont entraînés. C'est du reste là un état temporaire ou définitif et aboutissant à la mort. L'auteur interprète les accidents de la cocaïne en admettant qu'elle peut donner la mort par deux mécanismes : la *mort par saturation*, faibles doses, arrivant dans le sang par voie stomacale ou hypodermique ; *mort accidentelle*, toxique, pénétrant dans les veines à un titre élevé. Dans le sang, les hématies résistent aux fortes doses ; les leucocytes sont tués rapidement au titre de 20 pour 5,000 et au-dessus. Il y a un rapport net entre les quantités qui agissent sur les leucocytes (leur

onnent la forme sphérique et conséquences) et celles qui tuent l'animal. La sensibilité de l'animal va parallèlement à celle de ses leucocytes. Les doses qui agissent sur les leucocytes sont infiniment moindres que celles qu'il faut pour agir sur les nerfs et les muscles. Dans la mort par saturation, les petits vaisseaux sont contractés jusqu'à oblitération, et il y a obturation presque complète par les leucocytes globuleux, après que la totalité du plasma est imprégnée à un titre tel qu'il puisse influencer les leucocytes. Avec un titre élevé, les premiers leucocytes atteints sont tués et agissent comme des corps emboliques, poudre de lycopode, etc. Avec une substance leucocyticide (cocaïne) il y a un grand écart entre les doses mortelles suivant la voie de pénétration (1 à 25); avec des substances indifférentes (curare) cet écart est beaucoup plus faible (1 à 4). En résumé, c'est par le leucocyte que la mort arrive dans les deux cas. Il y a dans le cas du toxique à dose faible, gêne de la circulation périphérique. Dans le cas du toxique arrivant à titre élevé dans le sang, il y a embolies immédiates.

L'anesthésie, d'une façon générale, serait due à une diminution de la circulation des petits vaisseaux, et conséquemment à une diminution des oxydations. Les anesthésiques seraient des antithermiques. On voit, par ces indications, qu'il s'agit ici d'un travail général, plein d'idées liées, intéressantes, d'un véritable *système*. DASTRE.

Influence de la cocaïne sur la résistance des globules rouges du sang, par G. MANCA (*Archives ital. de biol., XXIII, p. 139, et Lo Sperimentale, XLVIII, 5 et 6*).

L'auteur emploie le procédé de H. Hamburger. Il mêle une quantité constante de sang frais défibriné (10 centimètres cubes) avec 1 centimètre cube de la solution à étudier. On laisse en contact, de 20 minutes à 3 heures; on mêle et on prélève des gouttes que l'on distribue dans diverses solutions de NaCl, contenant 5 centimètres cubes de solution à 4 0/00; 4,25; 4,50; etc... 6 0/00. On examine ces solutions au bout de 17 heures.

On constate ainsi que le chlorhydrate de cocaïne modifie la résistance des globules, inégalement chez les divers animaux, beaucoup plus chez le bœuf par exemple que chez la brebis. Ces modifications sont d'autant plus remarquables que le sel de cocaïne est chimiquement peu actif.

DASTRE.

On anarcotine, par W. ROBERTS (*Brit. med. Journ., p. 405, 17 août 1895*).

L'anarcotine est un alcaloïde de l'opium dont les propriétés thérapeutiques méritent d'être tirées de l'oubli. On sait, depuis un temps immémorial, que les fumeurs d'opium aux Indes échappent à la malaria. C'est à l'anarcotine qu'ils le doivent. Dès 1838, O Shaugnessy a expérimenté le médicament en grand, et a obtenu 31 guérisons de fièvre intermittente sur 32 cas. En 1857, Palmer l'employa sur 546 cas de malaria : 6 seulement succombèrent. Deux ans plus tard, Garden obtint 187 succès sur 194 malades. La dose employée est de 0,05 à 0,15 et produit un effet aussi sûr que celui de la quinine. L'Inde en a consommé, en une année,

près d'une tonne. Depuis, la culture du quinquina a mis la quinine à bon marché, mais on aurait tort de ne pas recourir à l'anarcotine qui réussit souvent là où la quinine a échoué. H. R.

Recherche de la morphine éliminée par la muqueuse stomacale, par Paul BINET (*Revue méd. Suisse romande, XV, n° 7, p. 385, juillet 1895*).

Après injection sous-cutanée de morphine, on peut déceler cet alcaloïde soit dans le contenu de l'estomac, soit dans les eaux de lavage, même en se mettant à l'abri d'un mélange de salive et de bile à l'aide d'une double ligature. Mais les quantités retrouvées ont toujours été extrêmement faibles par rapport à la dose injectée. En outre, la marche de l'intoxication n'a pas paru sensiblement modifiée par le lavage de l'estomac.

Dans les eaux de lavage de l'estomac, la réduction de l'acide iodique en présence du chloroforme n'est pas caractéristique, car on peut l'obtenir en l'absence de morphine. Il faut donc recourir à la réaction de Fröhde, après une extraction minutieuse. (*R. S. M.*, XXXIV, 496 et XLIV, 105.) J. B.

Nouvel antiseptique : l'argonine, par Rudolf MEYER (*Zeitschr. f. Hyg. u. Infect. XX, 1895*).

L'argonine est un composé d'argent et de caséine, opalescent sous forme de solution aqueuse, mais devenant immédiatement clair sous l'influence d'une addition d'ammoniaque ou de carbonate de soude. Sous cette forme, l'argonine est un germicide puissant : en contact avec une culture de gonocoques, elle la détruit instantanément, même quand elle est dans une proportion de 1 à 30,000 ; elle n'a pas l'inconvénient de pénétrer profondément les tissus, elle précipite les solutions albumineuses, sans être irritante ou corrosive. Meyer pense que ce serait un bon spécifique de la blennorragie. H. R.

Ueber Wirkungswein einige aromatischen Amide (Sur le mode d'action de quelques amides aromatiques), par Eberhard NEBELTHAU (*Arch. f. exp. Path. u. Pharm., XXXVI, p. 451, 19 décembre 1895*).

L'action pharmacologique primitive des amides acides aromatiques est une narcose analogue à celle de l'alcool. La constitution particulière du composant acide ne joue pas le principal rôle. Avec les amides aromatiques substituées par le radical alcool dans le reste de la molécule ammoniaque, on observe comme effet secondaire, chez les animaux à sang chaud, de l'excitation et des contractions musculaires, comme dans l'empoisonnement par l'ammoniaque; l'effet narcotique peut être ainsi complètement masqué ou supprimé. On peut aussi, par l'administration directe d'amides primaires ou secondaires (méthylamine, éthylamine, etc.), supprimer l'action narcotique des substances hypnotiques, comme l'hydrate de chloral. PAUL TISSIER.

Recherches sur puissance tératogène et sur la puissance toxique de l'acétone par Ch. FÉRÉ (*Arch. de physiol., p. 238, 1896*).

Il existe un rapport entre la puissance toxique des alcools et leur puissance tératogène déterminée par le procédé des injections dans l'albumen de l'œuf de poule. L'auteur se propose la vérification de ce rapport en ce qui concerne l'acétone.

L'acétone a été administré à des lapins, en injections, à doses de 1.55; 3.16; 5.03; 5.75; 6.62; 6,91 par kilogramme d'animal. Les effets sont analogues à ceux de l'alcool éthylique. Il y a eu simple excitation dans le premier cas : 3 survies et une mort lente dans les quatre suivants : mort rapide dans les trois autres. La toxicité de l'acétone n'est pas très différente de celle de l'alcool. De même, la puissance tératogène de l'acétone est extrêmement voisine de celle de l'alcool éthylique. DASTRE.

Recherches physiologiques sur l'acétylène, par N. GRÉHANT (*Arch. de physiol., p. 104, 1896*).

L'a cétylène à la dose de quelques centièmes n'est pas toxique, d'après Berthelot et Claude Bernard. L'auteur constate que même à 20 0/0 le mélange n'est pas toxique, en une heure, pour les chiens. Le mélange à 40 0/0 est toxique en une heure, la quantité d'oxygène étant la même que dans l'air: il est toxique en 10 minutes à 79 0/0. L'animal meurt avec de l'agitation, des convulsions générales. Le cobaye semble résister un peu mieux. Les grenouilles résistent au mélange à 79 0/0.

L'acétylène absorbé, après empoisonnement partiel, s'élimine très rapidement (10 minutes); il est simplement dissous dans le plasma. Au contraire, l'oxyde de carbone s'élimine lentement (6 heures); il est combiné à l'hémoglobine. DASTRE.

Ueber die Wirkungen der Albumose..... (Sur l'action des albumoses d'origine diverse et de quelques substances voisines), par L. KREHL et M. MATTHES (*Archiv f. exper. Path. u. Pharm., XXXVI, p. 437, 19 décembre 1895*).

Les albumoses, quelle que soit leur origine, ont, vis-à-vis des animaux tuberculeux, un effet toxique déterminé, pour toutes identique et très analogue à l'effet de la tuberculine. L'albumose retirée directement du bactérium coli agit de la même façon que la tuberculine et les autres albumoses; elle est plus toxique pour les animaux sains. La nucléohiston et ses composés n'ont point le même effet, ce qui démontre que l'effet des albumoses ne peut s'expliquer par le simple dédoublement de la nucléohiston dans l'organisme. Certains poisons spécifiques, même à très petites doses, peuvent déterminer dans les tissus tuberculeux des modifications semblables à la réaction locale de la tuberculine. PAUL TISSIER.

Chinosol als antisepticum, par R. KOSSMANN (*Centr. f. Gyn., n° 52, 1895*).

Le chinosol est un dérivé de l'oxychinoline. Très peu toxique, il est un antiseptique énergique. K. l'emploie en lavages et pansements à la

place du sublimé et de l'acide phénique et pense que son usage sera surtout avantageux en gynécologie et obstétrique. A. C.

I. — Erklärung zu der vorläufigen Mittheilung über Citrophen, par SEIFERT (*Deutsche med. Woch.*, n° *32, p. 523, 1895*).

II. — Einige Bemerkungen zu der Notiz des Hern Dr Benario « Citrophen » ein neue Antipyreticum und Antineuralgicum, par G. TREUPEL (*Ibid.*, n° *33, p. 538, 1895*).

I. — Le citrophène dont s'est occupé Benario est la combinaison d'une molécule d'acide citrique avec trois molécules de phénétidine. Il existe un corps d'un maniement thérapeutique plus facile, c'est l'apolysine, combinaison d'une molécule d'acide citrique avec une molécule de phénétidine; elle se dissout dans 55 parties d'eau froide et dans égale quantité d'eau chaude; elle bout à 72° et forme une poudre blanche cristalline. C'est un acide qui se combine avec la soude, la lithine, la magnésie et aussi avec la quinine et la caféine. Elle a le goût acide, tandis que le citrophène n'a aucun goût. Le citrophène bout à 181° C et demande 13,000 parties d'eau froide pour se dissoudre.

L'apolysine se donne à la dose de 6 grammes par jour par doses de $0^{gr},50$ à $1^{gr},50$ dans la pneumonie croupale, la scarlatine, le typhus abdominal, etc. Elle agit sur la fièvre et la douleur. Elle est sans danger.

II. — Des expériences faites par l'auteur sur des chiens, au sujet de l'innocuité du citrophène, il résulte que cette substance a une action très énergique d'une part sur la composition du sang, d'autre part sur les appareils digestif et urinaire. Elle détermine une coloration foncée très intense du sang; cette coloration n'est peut-être pas due uniquement à la formation de méthémoglobine. Elle produit, en outre, des vomissements violents et d'une longue durée et une néphrite aiguë toxique.

Le tartrate de phénétidine, un congénère du citrophène, détermine sur les chiens les mêmes effets toxiques, mais avec une intensité moindre.

H. DE BRINON.

Sur la lacto-phénine, par CADÉAC (*Lyon méd., 8 décembre 1895*).

L'action antipyrétique de la lactophénine est supérieure à celle de l'antifébrine et n'amène pas une dépression aussi marquée. L'action hypnotique et calmante est très nette également. Chez les chiens, une dose de 1 à 2 grammes amène la narcose rapidement (Voy. *R. S. M.*, XLIII, 487; XLV, 75). A. C.

Ueber die therapeutische Verwendung des Urotropins, par Arthur NICOLAIER (*Deutsche med. Woch.*, n° *34, p. 541, 1895*).

L'urotropine, produit de la combinaison de la formaldéhyde et de l'ammoniaque, peut être donnée à un adulte à la dose de 6 grammes par jour sans inconvénient, elle augmente la diurèse, fait disparaître les sédiments d'acide urique ou d'urates s'il en existait dans l'urine et cette disparition ne tient pas seulement à l'augmentation de la diurèse mais à l'action dissolvante de l'urotropine sur l'acide urique et les urates.

L'urine d'une personne qui prend de l'urotropine à la dose de

3 grammes par jour, peut dissoudre en 24 heures et à la température de l'étuve des concrétions d'acide urique atteignant la grosseur d'un grain de chènevis.

L'urotropine a aussi la propriété d'arrêter la fermentation ammoniacale dans la vessie à des doses variant de 0,50 à 1,50 par jour.

H. DE BRINON.

Phlorhizine and Glycosuria, par COOLEN (*Arch. of pharmacodynamy, I, 4*).

Coolen a étudié expérimentalement la glycosurie produite par l'ingestion de la phlorizine. Comme Mering, il constate que cet agent détermine chez le chien une glycosurie prolongée qui peut devenir mortelle, mais non pas un véritable diabète. L'action est plus intense quand la phlorizine est introduite en injection hypodermique dissoute dans l'huile. La phlorizine amène outre la glycosurie, l'azoturie et la polyurie. Le foie ne semble avoir aucune action pour empêcher le diabète de la phlorizine, car la dose minimum de phlorizine qui, injectée sous la peau d'un chien, détermine la glycosurie, produit le même résultat quand l'injection est faite dans la veine-porte. On a prétendu que, chez les animaux ainsi empoisonnés, il n'y avait pas de sucre dans le sang : Coolen démontre qu'il n'en est rien, et que la glycohémie existe ; elle s'accroît même après l'extirpation des reins, ce qui prouve bien que la glycosurie expérimentale n'est pas d'origine rénale, comme on l'avait soutenu. H. R.

On septentrionalin as an anœsthetic and substitutive of curare in the performance of vivisection, par H. ROSENDAHL (*Brit. med. J., p. 657, 14 septembre 1895*).

La septentrionaline est un alcaloïde voisin de l'aconitine que l'on retire de l'aconitum septentrionale, voisin de l'A. lycoctonum L. Elle se présente sous l'aspect d'une poudre d'un blanc jaunâtre, amère, déterminant l'anesthésie locale des tissus. En solution injectée sous la peau, elle détermine de la salivation et des nausées ; elle paralyse les extrémités des nerfs cutanés sensitifs, et donne lieu à une anesthésie générale ou locale, puis, quelque temps après, à une paralysie motrice complète, qui gagne la respiration, mais respecte le cœur ; ce dernier est l'organe qui résiste le plus longtemps. Cet alcaloïde peut remplacer avantageusement le curare dans les laboratoires de vivisection. Cliniquement, on pourrait l'essayer comme médicament antitétanique dans les crampes musculaires et au cours du tétanos. Il n'a pas encore été employé chez l'homme.

H. R.

Sur l'europhène, par SAALFELD (*Therap. Monats., n° 11, p. 612, 1895*).

L'europhène employé pur ou mélangé en parties égales avec de l'acide borique très finement pulvérisé, calme très rapidement les douleurs de l'ulcère de jambe, les douleurs et les brûlures de l'eczéma variqueux, et amène une cicatrisation rapide de l'ulcère. Il a une action très rapide sur le chancre mou et permet d'éviter les bubons, à la condition

que le pansement soit renouvelé trois fois par jour. Il réussit aussi dans le chancre mixte, dans les chancres indurés, dans les ulcères gommeux, dans l'ecthyma, à l'état de poudre ou de pommade. Il a encore été employé avec succès dans l'eczéma pustuleux, dans les folliculites, dans le pemphigus vulgaire, dans l'impetigo, dans la balanite et dans le traitement des plaies chirurgicales. PAUL TISSIER.

De l'influence de la lécithine sur la croissance et la multiplication des organismes, par B. DANILEWSKY (*Acad. des Sciences*, *30 décembre 1895*).

L'injection sous-cutanée de lécithine aux chiens augmente considérablement le nombre des globules rouges du sang; des œufs et têtards de grenouille, placés dans de l'eau à laquelle on a ajouté quelques traces de lécithine, croissent beaucoup plus rapidement que des têtards de même origine placés dans l'eau ordinaire. La minime quantité de lécithine employée ne permet pas de croire qu'elle agisse comme une substance nutritive proprement dite; l'auteur pense qu'elle a une influence stimulante directe sur les processus de multiplication des éléments cellulaires, c'est-à-dire sur l'agrandissement du nucléus et de là sur ses métamorphoses de multiplication. Des expériences sur les végétaux semblent confirmer cette manière de voir; sous l'influence de la lécithine, la racine du cresson, dans l'eau, s'allonge beaucoup plus et se couvre d'un plus grand nombre de poils. M. DUVAL.

Recherche sur l'action comparée des sels de cadmium et de zinc, par J. ATHANASIU et P. LANGLOIS (*Arch. de physiol.*, *p. 251*, *1896*).

Les auteurs ont étudié les sulfates. Le cadmium a une activité quatre fois plus grande que le zinc pour empêcher le développement du ferment lactique. Ils ont ensuite cherché les doses des deux sulfates nécessaires pour arrêter le cœur de la grenouille et de la tortue en 24 heures par inertie et après ralentissement du cœur. La dose toxique pour les animaux à sang chaud est celle qui arrête le cœur en moins de deux heures. Pour les animaux à sang froid, il faut une dose de cadmium supérieure à celle du zinc; pour les animaux à sang chaud la toxicité du cadmium est le double de celle du zinc. Quant à l'action sur les globules du sang, les sels de cadmium favorisent la dialyse de l'hémoglobine beaucoup plus que les sels de zinc. Le cadmium paraît d'ailleurs exercer une action particulière sur le globule sanguin, action traduite par la dialyse de l'hémoglobine, la formation de l'hématine, l'excès de sérum globulaire. Les auteurs pensent que l'hémoglobine est dédoublée partiellement en hématine et globuline. DASTRE.

Ueber einige neuere Aluminiumpräparate (Sur quelques nouvelles préparations d'aluminium), par KOPPEL (*Therap. Monats.*, *n° 11, p. 614*, *1895*).

Sous les noms de boral, de cutol et de cutol soluble, Leuchter a préparé trois combinaisons d'aluminium. Le boral est un sel double d'aluminium, d'acide borique, d'acide tartrique. Le cutol est un sel double d'aluminium, d'acide borique et d'acide tannique: c'est une poudre brune

fine, insoluble, astringente, il donne dans l'eau avec l'acide tartrique une combinaison très soluble : c'est le cutol soluble. Ces trois produits sont inodores; ils empêchent notablement le développement des bactéries. Ils sont astringents et non irritants. Le boral a donné de bons résultats dans l'otite moyenne suppurée et dans l'ulcère de jambe ; le cutol dans l'eczéma aigu prurigineux, les grandes suppurations cutanées, les érosions, les fissures. Il s'emploie en poudre ou en pommade. La pommade au cutol calme les hémorragies et les douleurs dans les hémorroïdes ; il réussit aussi dans l'hyperhydrose des mains et des pieds. PAUL TISSIER.

Valeur antiseptique de l'oxycyanure de mercure; étude expérimentale et clinique, par MONOD et MACAIGNE (*9e Cong. franç. chir.*, *octobre 1895*).

En s'appuyant sur une pratique de 4 ans et sur des expériences, Monod et Macaigne émettent les propositions suivantes : l'oxycyanure de mercure, en solution à 5 0/00, se montre dans les expériences de laboratoire, de valeur antiseptique aussi grande, sinon plus grande, que le sublimé.

Sans présenter plus d'inconvénients que le sublimé, il offre l'avantage de n'attaquer ni les mains ni les instruments. Il peut donc être substitué avantageusement au sublimé. OZENNE.

Sur l'absorption et l'élimination de l'acide phosphoglycérique, par G. PASQUALIS (*Arch. ital. de biol.*, *XXIII*, *p. 260*).

Le phosphoglycérate de calcium est absorbé. L'acide phosphoglycérique passe dans le sang et se retrouve dans les urines à l'état d'acide phosphorique. Il y a un organe où doit se faire la décomposition de l'acide phosphoglycérique en acide orthophosphorique et glycérine. DASTRE.

Un nouveau fait pour servir à l'histoire des influences des chocs moraux sur les intoxications, par Ch. FÉRÉ (*Soc. de biol.*, *19 octobre 1895*).

Les accidents du bromisme peuvent se développer rapidement à la suite des chocs physiques ou moraux. De même on a vu se produire subitement une intolérance pour un médicament bien toléré jusque-là, et cela sous l'influence d'un choc moral. DASTRE.

Ueber Vergiftungen durch Kartoffeln (Sur l'empoisonnement par les pommes de terre), par Gustav MEYER et O. SCHMIEDEBERG (*Archiv f. exper. Path. und Pharm.*, *XXXVI*, *p. 361 et 373*, *19 décembre 1895*).

Il existe dans les pommes de terre saines une certaine dose de solanine un peu variable avec l'époque de l'année : 0,044 en novembre, décembre et février, en juillet et en août 0,236 par kilogramme ; cette proportion s'élève beaucoup pour les pommes de terre germées, malades ou pourries. Ces données expliquent certaines épidémies ayant pour cause un empoisonnement par les pommes de terre. Les symptômes observés sont un peu différents de ceux de l'empoisonnement provoqué par la solanine ; la raison de ces différences tient probablement à ce que dans les cas d'em-

poisonnement par les pommes de terre la solanine est résorbée plus lentement et peut arriver jusque dans l'intestin. Aussi à côté des vomissements observe-t-on une diarrhée plus ou moins violente ; parmi les symptômes observés citons : la fièvre, l'accélération du pouls, la dilatation des pupilles, les convulsions, les sueurs. Pour pouvoir en toute certitude attribuer les symptômes observés à la solanine, il est nécessaire de doser la quantité de solanine contenue dans les pommes de terre. Les expériences de S... démontrent qu'il n'y a point dans ces cas d'effets de sommation et qu'il faut pour que l'ingestion de pommes de terre détermine des accidents toxiques, qu'elles contiennent une forte proportion de solanine. PAUL TISSIER.

Intoxication accidentelle d'un enfant par le chlorhydrate de morphine, par G. POUCHET (*Ann. d'hygiène publ., juillet 1895*).

Enfant de 3 semaines auquel on fait prendre, par erreur, une cuillerée à café d'une solution au cinquantième de chlorhydrate de morphine, soit 5 ou 6 centigrammes de ce sel. Pas de vomissements. Début des phénomènes d'intoxication trois quarts d'heure plus tard : cyanose, contracture des membres et du tronc, respiration presque suspendue, ralentissement des battements cardiaques (60). 8 heures après l'ingestion (l'analyse du liquide, administré par erreur comme liqueur de van Swieten, ayant été faite), on pratiqua le lavage de l'estomac, précédé et suivi de bains sinapisés, inhalations d'oxygène, injections de caféine et d'éther, tractions rythmées de la langue, respiration artificielle.

Mort au bout de 36 heures.

Autopsie : congestion énorme des vaisseaux encéphaliques. Epanchement à la surface de la pie-mère. Cœur gauche vide. Nombreuses ecchymoses sous-pleurales. Constatation de la morphine dans le foie, les reins et surtout dans le cerveau, point dans la rate. J. B.

Ein Fall von acuter Cocainvergiftung, par PARTOS (*Wien. med. Presse, 15 décembre 1895*).

Chez une femme de 19 ans, de bonne constitution, ayant déjà antérieurement, sans aucun accident, reçu de la cocaïne en injections dans les gencives, à la suite d'une piqûre, de 3/4 de seringue de Pravaz d'une solution à 4 0/0 faite pour l'ablation d'une dent cariée, P. a observé un empoisonnement aigu s'étant déroulé en deux phases : dilatation des pupilles, perte de connaissance, pâleur du visage, flaccidité des muscles moteurs, abolition des réflexes, petitesse du pouls et de l'impulsion cardiaque, respiration superficielle ; puis excitation, délire, convulsions cloniques et toniques, rougeur de la face. Au bout de quelques minutes, la patiente revenait à elle se plaignant de douleurs de tête et de vertige ; elle disait se souvenir qu'au moment de l'injection quelques gouttes de cocaïne avaient coulé dans le pharynx. CART.

Contribution expérimentale à l'étude de l'intoxication aiguë par la santonine, par COMBEMALE (*Bull. méd. du Nord, 28 juin 1895*).

Chez le chien, une dose de santonine inférieure à 2 centigrammes par kilogramme d'animal ne donne lieu qu'à des troubles digestifs de peu d'importance ; de 2 à 10 centigrammes, la santonine apparaît dans les

urines, les troubles digestifs (diarrhée) sont plus sérieux et il y a dépression nerveuse ; au-dessus de 10 centigrammes par kilogramme d'animal, il y a prédominance des troubles nerveux (excitabilité sensorielle, décharges épileptiques consécutives), coloration jaune de la rétine, élimination abondante et prolongée de la santonine par les urines.

Chez l'homme, les doses toxiques sont bien inférieures aux précédentes. La présence de santonine dans les urines dans les deux heures qui suivent son ingestion indique que l'on a atteint la dose toxique et qu'il y a danger à l'augmenter. LEFLAIVE.

Note sur la production expérimentale de l'amaurose par l'extrait éthéré de fougère mâle, par MASIUS (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, *n° 6*, *p. 649 1895*).

Deux individus, porteurs d'ankylostomes, ayant pris trois jours de suite 8 à 10 grammes d'extrait éthéré de fougère mâle, furent pris d'amaurose avec signes d'anémie rétinienne ; chez l'un la cécité fut complète, et chez l'autre la vision s'améliora un peu après de longs mois. En administrant le médicament à quatre chiens, l'auteur a pu deux fois reproduire une amaurose complète et persistante. Il faut donc se garder d'administrer l'extrait de fougère mâle fraîchement préparé à des doses dépassant 8 à 10 grammes (Voy. *R. S. M.*, XLVII, 92). LEFLAIVE.

Kohlenoxydvergiftung durch Resorption von der Leibeshöle aus... (L'empoisonnement par l'oxyde de carbone injecté dans la cavité abdominale), par Ed. RICHTER (*Deutsche med. Woch.*, *n° 32, p. 516*, *1895*).

Dans ces expériences qui ont porté pour la plupart sur des lapins, l'oxyde de carbone était introduit directement dans la cavité abdominale à l'aide d'un trocart. La quantité a varié de 100 à 1,000 centimètres cubes ; ce n'est qu'à partir de 500 centimètres cubes que les phénomènes caractéristiques de l'empoisonnement apparaissent chez le lapin.

L'abaissement de la température est constant ; si cet abaissement ne dépasse pas 35°, l'animal peut survivre ; au-dessous de 30°, l'animal tombe dans un état soporeux et meurt avec une chute progressive de la température. Les quantités de gaz absorbées varient entre 250 et 400 centimètres cubes. La dose toxique est de 0,25 par kilogramme soit 250 centimètres cubes.

Le gaz absorbé se retrouve sans modification dans les produits de l'expiration. L'influence sur le pouls et la respiration est variable, en général la fréquence est diminuée.

La dyspnée et les crampes qui accompagnent l'empoisonnement par les voies respiratoires ne se montrent pas ici. A l'autopsie on trouve de fortes hémorragies de l'estomac.

L'apparition du sucre dans l'urine a été constamment observée tandis qu'on ne trouve pas d'albumine. H. DE BRINON.

Intoxication iodoformique grave après une hystérectomie totale, par MOUCHET (*Gaz. des hôp.*, *19 décembre 1895*).

A la suite d'une hystérectomie abdominale totale pour fibromes, les accidents éclatèrent, 8 jours après l'opération. Le pansement avait été fait avec la gaze

iodoformée à 30 0/0. Les signes d'empoisonnement se caractérisèrent par la fièvre, sans dissociation de la fréquence du pouls, des vomissements, de la diarrée, et une éruption papuleuse, rubéoliforme prurigineuse très confluente à l'abdomen, aux grandes lèvres et aux cuisses. Lavages, suppression du pansement iodoformé; bicarbonate de soude à l'intérieur, guérison au 4e jour. A. C.

Fall von Vergiftung mit Phenylhydroxylamin, par L. LEWIN (*Archiv für exp. Path., XXXV*).

En préparant, à l'aide de nitrobenzine, de la phénylhydroxylamine, un étudiant brisa,par mégarde, le matras qui la renfermait en solution alcoolique. Le contenu du matras se répandit sur ses vêtements, les traversa et atteignit la peau. En peu de temps,survinrent une coloration gris bleu universelle des téguments, de la perte de connaissance, des soubresauts tendineux, du trismus, du nystagmus et une respiration stertoreuse. Le malade, qu'on considérait comme perdu, fut sauvé par une saignée suivie de transfusion salée. Son sang renfermait de la méthémoglobine. J. B.

Beobachtungen bei einer Vergiftung mit chlorsaurem Kali, par Kurt BRANDENBURG (*Berlin. klin. Woch., n° 27, p. 583, 8 juillet 1895*).

Femme de 28 ans, ayant avalé, pour se suicider, une solution de 40 grammes de chlorate de potasse. Au bout de 4 heures, vives douleurs d'estomac et vomissements, puis coloration jaune gris des téguments, cyanose des joues, des lèvres et des extrémités, respiration accélérée et laborieuse; 130 pulsations régulières; creux épigastrique très sensible à la pression; un peu d'obnubilation du sensorium. Le père et la mère se sont suicidés par le même moyen, il y a quatre ans. Sang veineux couleur chocolat et offrant les raies spectrales de la méthémoglobine. Hématies, 4 millions 3; leucocytes, 20000. Urine trouble, rouge brun foncé, renfermant de la méthémoglobine, de l'albumine et du chlorate de potasse; sédiment urinaire formé de cylindres hyalins et granuleux ainsi que de blocs de pigment brun. Selles abondantes, fluides, fournissant de l'hémine. Les lavages de l'estomac donnent issue à un liquide trouble, floconneux, verdâtre, contenant du chlorate de potasse. Peu de changements les deux jours suivants : Nausées continues et vomissements profus de matières bilieuses; urines rares, de 20 à 30 centimètres cubes par 24 heures. Persistance de la cyanose et de la dyspnée; apathie absolue; augmentation de l'ictère. Le 4e jour, amélioration passagère; disparition de la cyanose, respiration calme, 90 pulsations; mais la sonde ne ramène toujours que 2 cuillerées à bouche d'urine brune, trouble ne renfermant plus ni méthémoglobine, ni chlorate mais encore quelques cylindres, un peu d'albumine et une grande quantité de grosses granulations de pigment brun. Le 6e jour, aggravation : 100 pulsations, augmentation de la matité du cœur, du foie et de la rate. Urines mêlées de caillots. Epistaxis abondante. Selle sanguinolente. Le 7e jour l'affaiblissement et l'obnublation intellectuelle ont fait de nouveaux progrès. La somnolence n'est interrompue que par des vomissements bilieux spasmodiques et profus. La matité cardiaque s'est encore accrue transversalement, 110 pulsations. Mort vers midi. La numération des globules rouges et blancs, pratiquée quotidiennement, a révélé que la proportion des premiers s'était graduellement abaissée à 1 million 6, tandis que celle des seconds avait augmenté notablement, atteignant encore 15000, le dernier jour de la vie. D'autre part, le résidu sec du sang a baissé successivement de 21,4 à 14,11 0/0 et celui du sérum de 10,2 à 9,55 0/0.

Autopsie : inflammation parenchymateuse du cœur, du foie, de la muqueuse gastrique et des reins; accumulations de pigment dans les tubes urinifères. (*R. S.M.*, XXXVI, 77 et 85 et XLI, 218.) J. B.

Case of camphor poisoning, par Maurice CRAIG (*Brit. med. Journ., p. 660, 14 septembre 1895*).

Un aliéné hypochondriaque avale 3 drachmes de camphre. Une heure après, nausées, malaises, bourdonnements des oreilles; puis convulsions généralisées, exagération des réflexes tendineux, cyanose suivie d'une pâleur livide, et d'un collapsus alarmant, qui nécessite des injections d'éther et de brandy. Deux heures après, vomissements copieux; à partir de ce moment, disparition rapide des accidents. H. R.

Case of oxalic acid poisoning, par OLIVER (*Brit. med. Journ., p. 660, 14 septembre 1895*).

Homme de 34 ans, amené à l'hôpital trois heures après avoir ingéré de l'acide oxalique. Pâleur, dilatation pupillaire, respiration anxieuse et entrecoupée, douleur épigastrique vive, vomissements bilieux, contractions spasmodiques des membres inférieurs et fourmillements. Le lendemain, tremblement général et crampes des jambes, atténuation des autres symptômes : hoquet fréquent, indiquant un état spasmodique du diaphragme. Tous ces symptômes s'amendent au bout de trois jours, sous l'influence de larges doses de bismuth. H. R.

Arsenical multiple neuritis following the application of a cancer cure, par PARSONS (*Dublin Journ., 2 septembre 1895*).

Une femme de 38 ans, blanchisseuse, atteinte d'un épithéliome du sein droit dont une matrone avait entrepris de la débarrasser par l'application d'un emplâtre d'arsenic, est prise, quelques heures après cette manœuvre, de troubles gastro-intestinaux, avec vertige, diplopie et douleur locale intense, qui nécessitent son entrée à l'hôpital. Au bout de deux semaines, c'est-à-dire dans un laps de temps fort restreint, apparurent de nombreux symptômes nerveux secondaires, troubles moteurs, ataxiques, sensoriels, réflexes, vaso-moteurs, trophiques, électriques et parésiques sur lesquels P. attire l'attention dans cette minutieuse et longue étude du cas. CART.

Eine complicirte Chromvergiftung, par REINEBOTH (*Viertelj. f. gerichl. Med. und œff. Sanit., 3e série, X, p. 10, juillet 1895*).

Jeune homme de 18 ans ayant tenté de se suicider en avalant la moitié d'un verre de 300 grammes plein d'un mélange formé de deux cuillerées à bouche de bichromate de potasse (soit 50 grammes), d'acide chlorhydrique, de benzine et d'esprit de vin dénaturé par de l'alcool méthylique.

Perte de connaissance immédiate mais passagère, avec conservation du réflexe de la déglutition; puis réveil avec état ébrieux, vertiges, vomissements répétés, coliques, diarrhée et albuminurie qui cessa dès le 3e jour; aucune trace d'action caustique. Des lavages stomacaux entrepris 5 heures après l'empoisonnement ramenèrent encore au dehors une certaine quantité du bichromate.

Comment expliquer l'issue favorable et sans aucune suite d'une intoxi-

cation avec une dose de sel chromique que l'on peut évaluer au moins à 8 grammes, c'est-à-dire à la dose mortelle?

C'est ce qu'a appris l'analyse chimique du mélange restant.

L'acide chlorhydrique avait décomposé partiellement le bichromate de potasse en acide chromique libre, chlorure de potassium et perchlorure de chrome; ce dernier, en petite quantité, résultait de l'action réductrice de l'alcool sur l'acide chromique libéré, tandis que l'alcool lui-même était transformé en acétaldéhyde.

J. B.

Ein Fall von Creolinvergiftung, par Fritz PINNER (*Deutsche med. Woch.*, *n° 41*, *p. 680*, *1895*).

Une femme de 60 ans absorbe un flacon de 75 grammes de créoline, on la trouve peu après sans connaissance. On pratique des lavages d'estomac, 40 litres de liquide sont successivement injectés jusqu'à ce que l'eau reparaisse claire et l'on fait des injections d'éther camphré. La malade se rétablit après avoir présenté quelques troubles de l'appareil urinaire. L'urine retirée 2 heures après l'empoisonnement par cathétérisme ne présentait aucune altération; sept heures après elle renfermait 7 milligr. 5 par 100 centimètres cubes d'acide phénique, une grande quantité de cellules épithéliales et des globules blancs et rouges; néamoins, à aucun moment de la maladie on n'a trouvé de cylindres, ce qui prouve combien l'altération rénale a été superficielle.

H. DE BRINON.

De l'intoxication par le sous-nitrate de bismuth employé dans le pansement des plaies, par GAUCHER et BALLI (*Soc. méd. des hôp.*, *29 novembre 1895*).

Les auteurs rapportent quatre cas personnels d'intoxication bismuthique; le premier cas se rapporte à un homme atteint d'ulcère variqueux considérable; au bout d'un mois du traitement par le sous-nitrate de bismuth en poudre, le malade remarqua un liséré gingival noirâtre, avec légères douleurs aux gencives; puis un œdème considérable des lèvres avec coloration noire intense; les accidents aigus s'amendèrent, puis disparurent huit jours après le changement du pansement; le liséré gingival ne commenca à diminuer qu'au bout de sept mois. Dans le second cas, il s'agissait d'une femme atteinte de brûlures étendues; dès le cinquième jour, elle eut de la stomatite avec liséré violacé; dès le lendemain, on voit des plaques noires dans la bouche et des ulcérations qui se produisirent par poussées pendant plus d'un mois, avec élimination lente de produits sphacélés; les ulcérations se détergeaient quand survinrent des vomissements incoercibles, puis une diarrhée violente; la malade succomba à la cachexie quatre mois après le début des accidents. Dans deux autres cas, l'affection fut bénigne.

Les auteurs admettent trois formes cliniques: la première, bénigne, avec le simple liséré gingival; dans la seconde, il y a une vraie stomatite avec liséré et tatouage de la muqueuse; dans la troisième, viennent les ulcérations et des symptômes graves d'infection, fièvre, hoquet, vomissements, diarrhée, albuminurie.

Le liséré bismuthique occupe soit partie, soit totalité d'une mâchoire, soit les deux mâchoires; haut de 1 à 2 millimètres, il rappelle le liséré saturnin, mais est plus violet.

Les plaques bismuthiques peuvent occuper toutes les parties de la muqueuse buccale, surtout celles en contact avec les dents, bords et pointe de la langue, joues ; la muqueuse est tantôt lisse, tantôt ulcérée à l'emporte-pièce, et l'ulcération est entourée d'un liséré noirâtre.

Les auteurs admettent que l'intoxication est due au contact prolongé du sous-nitrate de bismuth avec les matières albuminoïdes de l'économie ; il se formerait une combinaison soluble, assimilable. H. L.

Injection endoveineuse de solution aqueuse de chlorure de sodium dans l'empoisonnement produit par l'urine de personne saine, par S. FUBINI et P. MODINOS (*Arch. ital. de biol.*, *XXIII*, *p. 416*, *et Arch. per le sc. med.*, *XIX*, *n° 2*).

Un kilogramme de lapin est tué par l'injection intraveineuse de 132 centimètres cubes d'urine d'homme, 38 centimètres cubes de porc, 13 centimètres cubes de chat.

Dès que les phénomènes toxiques apparaissent on injecte la solution physiologique salée ; à la dose de 100 centimètres cubes l'animal pouvait être sauvé d'une mort certaine, les convulsions et la myose cessaient, le réflexe cornéen reparaissait. C'est une expérience de ce que Dastre et Loye ont nommé le lavage du sang. DASTRE.

THÉRAPEUTIQUE.

Traité de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de A. ROBIN (*Paris*, *1895*).

Le traité de thérapeutique qui se publie actuellement et dont les cinq premiers fascicules sont déjà parus en moins de deux ans, est conçu dans un esprit nouveau, qui en fait un ouvrage à part, complètement différent de tous les manuels de thérapeutique usités jusqu'à présent. Comme le dit excellemment A. Robin, à l'heure actuelle, la thérapeutique ne saurait suivre les errements du passé. Celle des symptômes est bien démodée et ne saurait répondre aux exigences de la clinique : l'expectation, même armée, n'est qu'une vague formule, qui marque notre ignorance ou notre scepticisme ; la thérapeutique étiologique et pathogénique, la seule logique est encore à créer, et nous l'entrevoyons à peine.

Dans ces conditions, les auteurs du traité ont pensé faire œuvre utile en sollicitant le concours de collègues compétents qui se sont chargés, chacun séparément d'aborder les sujets dont ils s'étaient plus particulièrement occupés au point de vue pratique. Chacun des chapitres du livre constitue comme une sorte de consultation où sont consignées d'une façon brève et précise, les principales inductions du traitement dans telle ou telle maladie déterminée, la marche à suivre pour le praticien, les résultats des diverses médications qui donnent couramment le plus de succès. On ne

cherchera donc pas dans cet ouvrage, l'énumération complète de tous les agents thérapeutiques ni leur mode d'action : encore moins celle des formules innombrables auxquelles ils ont donné lieu : mais si l'érudition et la bibliographie perdent à cette façon de procéder, la précision y gagne et après la lecture de chacun de ces chapitres substantiels, le médecin a une idée nette de la façon dont doit être orienté le traitement, et des indications thérapeutiques qui ressortent de la maladie.

Le plan général de l'ouvrage est le suivant.

La première partie est consacrée aux maladies de la nutrition : l'herpétisme, la goutte, le lymphatisme, les scrofules, le diabète, font l'objet d'une série de chapitres qui résument la pratique de maîtres comme Lancereaux, Arnozan, Robin. A ces maladies fondamentales sont annexées les indications du traitement d'une série d'états morbides qui ne figurent pas, en général, dans les traités de thérapeutique : tels la phosphaturie, l'azoturie, le traitement de la maigreur et de l'obésité, celui du rachitisme, de l'ostéomalacie et des troubles de croissance.

Les maladies du rein forment l'objet du second fascicule, après un chapitre d'introduction sur les indications thérapeutiques générales dans les affections rénales, la pathologie spéciale de la congestion du rein et des néphrites est traitée en détail. On lira avec fruit le chapitre très étudié du régime des albuminuriques, où l'albuminurie des brightiques est nettement séparée de celle des diabétiques et des maladies infectieuses, et surtout des albuminuries dites fonctionnelles, qui dépendent de perturbations nerveuses ou de troubles digestifs. Le traitement de la polyurie, de l'hématurie et de l'anurie ; celui des diverses lithiases urinaires, des pyélites et de l'urémie, de l'hémoglobinurie et de la chylurie, complète le volume, et la simple énumération de ces chapitres montre quels énormes progrès a fait la clinique thérapeutique en débrouillant les indications confuses et la pathogénie de ces divers troubles morbides.

La 3e fascicule comprend l'étude, un peu disparate des maladies des organes lymphoïdes et des intoxications. Le goître, la maladie de Basedow, le myxœdème, la lymphadénie et la maladie d'Addison répondent à la première partie : on y trouve tous les détails relatifs aux procédés nouveaux de la médication thyroïdienne et des injections d'extraits organiques. Dans la seconde partie, on lira avec intérêt une série de chapitres inédits sur le traitement des intoxications alimentaires, l'alcoolisme aigu et chronique, l'éthéromanie et la morphinomanie, le tabagisme et le saturnisme : enfin les empoisonnements divers et l'envenimation par morsures de serpents.

Les intoxications servent de transition naturelle aux maladies infectieuses. Une partie de celles-ci seulement ont été complètement traitées.

La grippe et le choléra constituent deux monographies importantes : le traitement du rhumatisme articulaire est un chapitre magistral dû à la plume de Barth, dans lequel sont abordées toutes les complications qui donnent lieu à des indications spéciales. L'étude de quelques maladies du sang envisagées au point de vue thérapeutique, comme la chlorose, les anémies, le scorbut et l'hémophilie, terminent ce volume. H. RENDU.

Leistungen und Ziele der Serumtherapie (Du chemin parcouru par la sérothérapie), par BEHRING (*Deutsche med. Woch., n° 38, p. 823, 1895*).

La mortalité par la diphtérie pour la ville de Berlin s'est constamment maintenue pendant les années 1891-92-93 au-dessus de 30 0/0. Pendant le premier trimestre de 1894, avant l'introduction du sérum, elle était encore de 36 0/0 et au moment où, sous l'influence du sérum, elle tombait à 20 0/0 à l'Institut des maladies infectieuses et à l'hôpital Frédéric, elle se maintient dans le reste de Berlin à 30 0/0. D'autre part, si l'on compare la mortalité des hôpitaux et la mortalité du reste de la ville au point de vue de la diphtérie, on voit que, pendant les années 1891-92 et 93, la mortalité est toujours notablement plus élevée dans les hôpitaux qu'en ville; à partir de 1894, c'est-à-dire à partir de l'introduction du sérum, la proportion inverse s'établit. Enfin, en 1895, la mortalité par la diphtérie pour la ville de Berlin descend à 15 0/0, c'est-à-dire deux tiers au-dessous du chiffre enregistré pendant les 17 années précédentes; cet abaissement de la mortalité ne saurait être attribué au caractère de bénignité de l'épidémie. En effet, la courbe de la mortalité suit très exactement celle de la morbidité, en d'autres termes, plus la proportion des cas de diphtérie est considérable, plus l'épidémie est maligne ; or, en se basant sur ce critérium, l'épidémie de 1895 eût été plus maligne qu'aucune de celles des neuf années précédentes.

La statistique des hôpitaux de l'empire d'Allemagne donne, pour le premier trimestre en 1895, sur 2,228 cas, une mortalité de 17,3 0/0. Les enfants traités pendant les 2 premiers jours de la maladie donnent dans la même statistique une mortalité de 7,3 0/0.

Un autre point intéressant à relever dans la statistique des hôpitaux est la comparaison de la mortalité à la Charité, 16,7 0/0, avec celle de l'hôpital de Béthanie, 43,1 0/0 ; cette mortalité, qui représente le chiffre de l'année 1894 tout entière, s'explique par le fait que Béthanie s'est jusqu'ici refusé à employer le sérum.

A l'hôpital de Giessen, la mortalité, qui variait de 44 à 51,6 0/0, était tombée en 1894 à 36 0/0. Depuis l'introduction du sérum, elle est descendue à 8,33 0/0. Dans le même hôpital, la mortalité par trachéotomie ne variait pas au-dessous de 52 à 53 0/0; depuis le sérum, elle est de 15 0/0. Behring attribue ce résultat merveilleux à l'emploi des hautes doses de sérum. Bose, qui dirige l'hôpital de Giessen, injecte dès l'entrée un flacon n° 3, soit environ 1,500 unités. La statistique d'Amsterdam se rapproche de celle de Bose: 8,8 0/0 en général et 18 0/0 pour les opérés. De toutes les statistiques, il ressort que l'emploi des hautes doses diminue considérablement les proportions des opérations.

Dans la pratique privée, la statistique, qui porte sur 300 cas, donne une mortalité par le sérum de 7 à 8 0/0 et 5 0/0 pour les cas traités pendant les 48 heures.

D'une manière générale, on peut dire que la mortalité s'est abaissée dans les proportions des 3/4 et des 4/5 et qu'elle pourra s'abaisser encore.

H. DE BRINON.

Sur les causes de l'opalescence du sérum antidiphtéritique, par S.-K. DZIERZGOWSKI (*Vratch, n° 51, 1895*).

Parmi les causes, les unes sont naturelles, inhérentes au sérum, les autres artificielles, dues aux méthodes de préparation.

Aux causes naturelles appartiennent : 1° la séparation incomplète de la fibrine lors de la coagulation du sang; cela est dû : *a*) à l'anémie, par saignées fréquentes; *b*) à la diminution des leucocytes du sang, par suite du jeûne pré-opératoire; *c*) à l'agitation nerveuse du cheval pendant la saignée; *d*) à la présence dans le sang des peptones injectées dans le but d'immunisation; *e*) à l'action retardante des basses températures et de la solution de chlorure de sodium qu'on ajoute au sang; *f*) à la diminution des ferments de coagulation; 2° aux différences dans les rapports entre les substances fibrinogènes et fibrinoplastiques du sang; 3° aux changements que subissent les ferments de coagulation avec le temps.

Aux causes artificielles appartiennent celles qui résultent de l'addition de substances antiseptiques : 1° la diminution de la solubilité des albumines et des graisses du sérum; 2° la diminution de la quantité des alcalis libres; 3° la formation des albumines insolubles. H. FRENKEL.

Sur la sérothérapie dans la pratique rurale, par H.-R. SMITH (*Norsk Magazin, octobre 1895*).

Sur 71 cas traités à la campagne par le sérum antidiphtérique, à partir du troisième jour de la maladie, il y a eu 3 morts, soit 4,2 0/0, alors que la mortalité moyenne pour les 8 dernières années précédentes avait été, dans le même district de 22 0/0. Les injections améliorent l'état général, enrayent la formation de l'exsudat, favorisent son expulsion, abrègent la durée de la convalescence, mais n'ont aucune action sur la fréquence des paralysies. H. FRENKEL.

I. — Einige Fälle von Exanthemen nach Behandlung mit Diphtherieheilserum, par ZIELENZIGER (*Deutsche med. Woch., n° 35, p. 575, 1895*).

II. — Beitrag zu den schädlichen Nebenwirkungen..... (Des accidents consécutifs au sérum), par Paul MARANE (*Ibid., n° 35, p. 577, 1895*).

I. — Sur 25 diphtéritiques traités par le sérum à l'hôpital de Berlin, 5 ont présenté des exanthèmes, 2 fois la complication a présenté un caractère sérieux de gravité et dans un cas, elle s'est terminée par la mort. Cet exanthème offre dans tous les cas une grande ressemblance avec ceux de la scarlatine et de la rougeole, il apparaît brusquement sans prodromes, dans le cours des deux premières semaines après l'injection, il s'accompagne d'une fièvre plus ou moins élevée.

La quantité et la qualité du sérum employé ne paraissent pas avoir d'influence. Dans les deux cas graves, l'exanthème a reparu une seconde fois quelques jours après sa disparition; dans un seul cas, on a remarqué une légère desquamation. Dans un cas, la muqueuse de la gorge participe à l'éruption. L'albuminurie augmente pendant l'exanthème et dans les deux cas graves, il y a eu de la néphrite hémorragique.

II. — Il s'agit d'une enfant de 5 ans, traitée par le sérum de Behring dans le

service de Baginsky. Cette enfant avait reçu, à deux jours de distance, deux injections de 10 centimètres cubes de sérum n° 2, soit environ 2,000 unités; elle était en même temps badigeonnée avec la solution de Lœffler et soumise à des gargarismes au sublimé. Sortie guérie de l'hôpital, elle est prise, 11 jours après l'injection, d'accidents fébriles graves qui se prolongent pendant 5 semaines. Tout d'abord éruption d'apparence urticarienne avec albuminurie abondante, puis paralysie de l'oculomoteur des deux côtés et de l'adducteur du côté gauche. En même temps pouls à 200 et extension de la paralysie aux extrémités inférieures. Enfin, après quelques jours d'apyrexie, réapparition de la fièvre avec douleurs intenses et tuméfaction des jointures. Pendant toute cette période, les poumons sont restés indemnes; il semble que le sérum ait produit dans l'organisme de l'enfant le même effet que l'introduction de microorganismes septiques. H. DE BRINON.

Sammelforschung zur Diphtheriebehandlung, par EULENBURG (*Berlin. klin. Woch., n° 29, p. 642, 22 juillet 1895*).

Cette statistique embrasse le temps compris entre le 1er octobre 1894 et le 1er avril 1895 ; elle a une valeur particulière parce qu'elle provient surtout de la pratique non hospitalière et de régions ainsi que de classes de la population allemande très diverses.

5,790 malades traités avec le sérum ont fourni 552 décès, soit une mortalité de 9,5 0/0.

4,450 malades traités sans le sérum ont fourni 652 décès, soit une mortalité de 14,7 0/0.

Soit au total 10,240 malades dont 1,204 sont morts, ce qui représente une mortalité de 11,7 0/0.

Si l'on répartit la mortalité suivant l'âge des diphtéritiques et l'époque de début du traitement par le sérum, on constate les faits suivants :

AGE	MORTALITÉ	
	des malades traités par le sérum	des malades non traités par le sérum
De 1 à 2 ans.........	21,7 0/0	39,5 0/0
De 2 à 10 ans........	8,8	15,2
Au-dessus de 10 ans.	4,1	3,8

Mortalité des malades traités dès le 1er ou le 2e jour de la maladie 4,2 0/0.

Mortalité des malades traités plus tardivement 16,8 0/0. J. B.

On diphtheria and its treatment by antitoxin (Discussion à la British Association) (*Brit. med. Journ., p. 461, 24 août 1895*).

Sidney Martin considère que le principal caractère de la diphtérie et sa tendance à produire la dégénération des nerfs, aussi bien par la présence des bacilles que par les toxines que ceux-ci sécrètent. Les poisons trouvés dans les tissus des sujets morts de diphtérie, sont de deux ordres : l'un qui est une albumose, et l'autre un acide organique non protéique. Ce n'est pas ce dernier qui donne lieu à la paralysie des nerfs ;

les albumoses, au contraire, injectées dans les veines des lapins, y déterminent d'abord de la fièvre, puis des paralysies, parmi lesquelles celle du pneumogastrique : les nerfs sont dégénérés, le cœur stéatosé, le sang fluidifié. Cette albumose peut s'obtenir artificiellement en cultivant le bacille de Lœffler dans un bouillon alcalin contenant 2 0/0 de peptone et 75 0/0 de sel.

Ce sont ces albumoses dont l'effet est contrebalancé par l'antitoxine. Sydney Martin injecte deux lapins, l'un avec 5 centimètres cubes de toxine, l'autre avec la même dose de toxine mélangée à 3 centimètres cubes d'antitoxine. Le premier meurt en trois jours après un abaissement progressif de température, l'autre n'a pas d'abaissement thermique et continue à engraisser. Pourtant, quand on le sacrifie, on trouve un commencement de dégénération des nerfs, le cœur étant sain. Quand on injecte plusieurs doses d'antitoxine, la seconde et la troisième amènent d'ordinaire une élévation de température, mais sans préjudice pour l'animal qui guérit.

Goodall passe en revue les symptômes de toxémie des diphtéries graves, à savoir la rapidité et l'irrégularité du pouls, l'albuminurie, les engorgements ganglionnaires, le collapsus cardiaque, l'anémie et les hémorragies. Sa statistique porte sur 241 cas de diphtérie vérifiés bactériologiquement, et se répartit ainsi : 105 cas traités par l'antitoxine, 24 morts (22,8 0/0) ; 136 cas traités sans antitoxine, 45 morts (33,5 0/0).

Sur la première série, 56 fois il y eut albuminurie (53 0/0); sur la seconde, 67 fois (49 0/0), l'antitoxine n'a donc aucune influence sur l'albuminurie : elle n'en a pas davantage pour prévenir la paralysie, car 17 0/0 des malades ainsi traités deviennent paralytiques et seulement 14 0/0 de ceux qui ne reçurent point de sérum.

La paralysie est en rapport étroit avec l'intensité de la diphtérie.

Al. Johnston (de Glasgow) insiste sur les conditions de production de la diphtérie, et sur sa propagation : celle-ci se fait surtout par l'infection, directe de personne à personne, assez rarement par diffusion aérienne, presque jamais par l'eau. Tout en accordant au bacille de Lœffler la prédominance pathogénique, il regarde également les staphylocoques et les streptocoques comme susceptibles de jouer un rôle dans le développement de la maladie.

Les effets du sérum antitoxique sont remarquables au point de vue local : les fausses membranes se détergent et s'éliminent rapidement : mais l'état général ne se modifie pas sensiblement, et la paralysie survient aussi souvent. L'auteur n'a pas vu d'accidents produits par le sérum antitoxique.

Von Ranke (de Munich), donne une statistique de 145 cas examinés bactériologiquement : 12 fois seulement il n'y avait que du bacille de Lœffler, 124 fois il était mêlé à du streptocoque ; 9 fois il fit défaut. En ne tenant pas compte de ces neuf cas, restent 154 cas de diphtérie donnant 18 0/0 de mortalité. Comparée à la mortalité moyenne des dix années précédentes, qui était de 48 0/0, elle démontre d'une façon décisive la valeur antitoxique du sérum.

Lennox Browne ne partage pas l'enthousiasme de von Ranke. En pratique, les injections de sérum n'empêchent ni la paralysie, ni la dégénérescence graisseuse du cœur : elles donnent très certainement de la

fièvre, et amènent de l'amaigrissement, enfin elles n'empêchent pas la néphrite, si même elles ne l'aggravent.

Baginsky (de Berlin), apporte des chiffres en faveur de la méthode : sur 525 cas de diphtérie, la mortalité a été de 15 0/0 tandis qu'auparavant elle était de 41 0/0.

Woodhead rappelle que les statistiques parisiennes donnaient toujours par quinzaine, 30 morts au moins et 145 au plus ; la mortalité de 1895 est au plus de 27, et est tombée à 4 comme chiffre minimum.

Biggs a eu, à New-York, une mortalité de 16 0/0 avec le nouveau traitement : il s'en loue surtout pour empêcher l'extension des épidémies dans les pensionnats. H. R.

I. — Ueber zweiundfünfzig mit Heilserum behandelte Diphtherietrinder, par VAN NES (*Deutsche med. Woch.*, *n° 23*, *p. 373*, *1895*).

II. — Die Ergebnisse bei der allgemeinen Anwendung des Diphtherieheilserums....., par KURTH (*Ibid.*, *n°s 27*, *28*, *29*, *1895*).

I. — 52 enfants diphtéritiques, entrés à l'hôpital d'Hanovre, du 24 octobre au 1er février 1895, ont été traités par le sérum de Behring. Le résultat a été 40 guérisons, 77 0/0, savoir : 14 opérés sur 22, 64 0/0, 26 non opérés sur 30, 87 0/0.

En comparant ces chiffres aux années précédentes, on trouve pour 3 autres séries de 52 cas prises ensemble, une différence de 20 0/0, si l'on compare avec la période la plus mauvaise, la différence est de 25 0/0; elle n'est que de 13 0/0 par rapport à la période la plus favorisée, qui est précisément la période ayant précédé immédiatement celle des njections.

II. — Tous les médecins de la ville et des environs de Brême avaient été invités par une circulaire du 7 octobre 1894 à envoyer à l'Institut bactériologique les fausses membranes suspectes de diphtérie; une trousse spéciale leur était fournie à cet effet. Du 8 octobre au 31 janvier, 118 cas ont été examinés, le bacille diphtéritique a été constaté 74 fois. Des 44 cas où il n'a pas été reconnu, 3 se sont terminés par la mort malgré les injections de sérum ; ces 3 cas concernaient : deux enfants de 12 mois environ qui ont succombé à une pneumonie constatée à l'autopsie et une jeune fille de 18 ans dont la maladie a présenté une marche irrégulière. 6 autres cas ont présenté l'évolution de la scarlatine et sur l'ensemble des cas restants, 9 ont présenté dans le cours de la maladie la marche clinique caractéristique de la diphtérie, le diagnostic bactériologique était donc en défaut; il est vrai que, dans la plupart de ces cas, le traitement antiseptique de la bouche avait été fait avant l'examen des membranes.

Depuis le 31 janvier 1895, un nouveau moyen de culture, le sérum albumineux alcalin de Deycke, a été employé et les résultats semblent bien supérieurs à ceux obtenus jusqu'à ce jour.

La question de l'existence du croup non diphtéritique admise par Lœffler (*Deutsche med. Woch.*, 1894, p. 881) a fait l'objet de recherches spéciales de Kurth : 45 cas de croup d'emblée ont été examinés, dans la plupart, le bacille diphtéritique, cherché en vain dans le pharynx, a été

constaté dans les fausses membranes ou le mucus des voies respiratoires supérieures; Kurth repousse donc l'hypothèse du croup non diphtéritique.

Le traitement par le sérum a été appliqué 97 fois: 64 fois en ville, 33 à la campagne. La mortalité a été de 5 pour la ville, 7,8 0/0 et 5 pour la campagne 15,4 0/0, différence qui tient à la difficulté de l'emploi du sérum à la campagne, par suite des distances et à la tendance qu'ont les parents de ne présenter les enfants qu'après plusieurs jours de maladie. La statistique de Brême confirme le fait que les chances de guérison par le sérum sont d'autant plus grandes que le traitement est institué plus près du début; la mortalité croît en proportions mathématiques avec le nombre de jours qu'a duré la maladie au moment de la première injection:

6 0/0 le 3e jour, 15,7 0/0 le 4e jour, 20 0/0 le 5e jour, 33,3 0/0 le 6e jour, 50 0/0 le 7e jour.

Pendant la même période du 8 octobre au 31 janvier, 25 cas de diphtérie non traités par le sérum ont donné 6 décès soit 24 0/0, cette mortalité paraît être le taux habituel à Brême, on a noté en 1893, 25,9 0/0, en 1894 jusqu'au 8 octobre 26,2 0/0. L'amélioration de la statistique n'est donc pas due à une bénignité spéciale de l'épidémie.

L'immunisation a été pratiquée dans 22 familles sur 92 personnes, 36 ont été atteintes de diphtérie; l'auteur considère ce résultat comme probant, il s'appuie sur la comparaison de 22 familles où l'immunisation n'a pas été pratiquée dès le début et où 10 fois le premier cas a été suivi d'un second, 3 fois d'un troisième.

Par contre, sur 14 familles où l'on avait immunisé en tout 35 enfants, un seul des enfants immunisés a été atteint. H. DE BRINON.

Eisenchlorid gegen Diphtherie (Perchlorure de fer contre la diphtérie), par ROSENTHAL (*Therap. Monats., n° 11, p. 602, 1895*).

Le perchlorure de fer permet d'arrêter à coup sûr la propagation de la diphtérie du pharynx au larynx (170 observations). Le perchlorure se prescrit en solution à 2 0/0 glycérinée à la dose d'une cuillerée à café ou à soupe toutes les heures jusqu'au lendemain de la chute des fausses membranes. Il est bon d'employer en même temps les attouchements des parties malades avec une solution glycérinée et aqueuse à parties égales de perchlorure de fer. Le traitement local réussit très bien dans les différentes formes de diphtérie nasale. L'auteur n'a perdu que 9 malades sur 100. PAUL TISSIER.

Streptococcie aiguë post-diphtéritique : examen bactériologique du sang; manifestations méningitiques; guérison, par Henri LEROUX et R. MILLON (*Revue mens. des mal. de l'enf., janvier 1896*).

Un enfant de 4 ans a eu la scarlatine au mois de février; le 2 août il présente sur l'amygdale droite une plaque grisâtre d'odeur gangréneuse; un fragment examiné donna en culture bacilles de Löffler, streptocoques, quelques staphylocoques. Le 3 on injecta 10 centimètres cubes de sérum de Roux; l'angine était guérie le 7 et l'appétit était revenu; le 9 apparition à l'abdomen au

point de l'injection, d'une éruption érythémato-urticarienne, dès le 11 elle est polymorphe, rubéoliforme, le 15 elle devient scarlatiniforme, puis purpurique aux jambes. En même temps paraît un engorgement énorme des ganglions du cou, d'aspect ourlien, puis adénopathie marquée aux aines et aux aisselles; la fièvre qui est revenue depuis le 9 augmente et dépasse 40; l'état général est des plus graves, adynamie, cyanose de la face, pouls incomptable, oligurie. Une série de bains froids fait tomber la température, l'éruption disparaît; le 20 la desquamation commence, purpuracée à la face et au menton, la fièvre tombe; le 22 retour de la fièvre et de l'éruption scarlatiniforme, généralisée en une heure; après un lavage de la gorge, l'enfant a une syncope prolongée; le lendemain on constate une obnubilation intellectuelle complète et un mutisme absolu; parésie de l'intestin, desquamation scarlatiniforme très abondante, surtout aux extrémités. Souffle à la pointe du cœur avec dédoublement donnant l'idée d'un bruit de galop. Du 22 août au 2 septembre plusieurs poussées scarlatineuses généralisées avec hyperthermie, augmentation des ganglions, suivies de desquamation subsistante et de plus en plus abondante. Emaciation extrême. Le mutisme persiste avec hébétude, dilatation de la pupille droite, parésie intestinale.

Le 6 septembre, à la suite d'une injection de 5 centimètres cubes de sérum antistreptococcique de Marmorek, l'enfant est pris d'une crise syncopale, avec décoloration des téguments, pouls misérabie, œil atone, et reste une demi-heure dans un état de mort imminente. A ce coma succèdent de l'hyperthermie (40,8) avec agitation, cris, délire, hallucinations et une nouvelle éruption scarlatiniforme : une série de bains froids fait tomber la fièvre; l'enfant redevient hébété. Le 8 éruption de stomatite impétigineuse sur la langue et les lèvres : les symptômes nerveux s'accentuent : aphasie, apathie complète, fixité du regard, raideur de la nuque et du membre; épilepsie spinale, pupilles inégales, paresse intestinale, amaigrissement extrême, dissociation du pouls et de la température. Les lésions de la bouche s'étendent à la peau, et tout autour des commissures amènent des lésions impétigineuses, d'allure ulcéreuse pendant une période du 9 au 23 septembre. Les symptômes méningitiques persistent non modifiés par des injections de sérum antistreptococcique, à la faible dose de 2 centimètres cubes depuis le 10 jusqu'au 16 septembre, de nouvelles poussées scarlatiniformes se montrent chaque semaine. A partir du 23 légère amélioration, le malade dit quelques mots; le 25 on voit 2 abcès au-dessus, et en arrière des épines iliaques antéro-supérieures, on les incise largement; le 26 on incise un troisième abcès, dès le lendemain l'enfant est transformé, recouvre son intelligence, parle presque couramment, construit des phrases, et mange avec avidité, à partir de ce moment on peut dire que la convalescence commence, convalescence qui se prolonge jusque vers le 15 novembre. Pendant tout le cours de cette maladie, les urines sont restées abondantes et exemptes d'albumine. L'examen du sang recueilli antiseptiquement et cultivé a montré des colonies abondantes de streptocoques à l'état de pureté. H. L.

I. — Des accidents causés par le streptocoque à la suite des injections de sérum de Roux, par SEVESTRE et MÉRY (*Soc. méd. des hôp., 31 janvier 1896*).

II. — A propos du syndrome post-sérothérapique : rôle douteux du streptocoque dans sa pathogénie; la diphtérie latente (bacilles de Löffler sans troubles locaux ni généraux) commande-t-elle l'emploi du sérum? par LE GENDRE (*Ibid., 31 janvier 1896*).

III. — Accidents de la sérothérapie antidiphtérique, par HUTINEL (*Ibid., 7 février 1896*).

IV. — Quelques réflexions sur les indications des injections de sérum antidiphtéritique et sur les accidents qui suivent ces injections; statistique de la diphtérie à l'hôpital Trousseau pour 1895, par VARIOT (*Ibid.*, *7 février 1896*).

I. — Sevestre relève dans un certain nombre de cas traités par le sérum de Roux 3 catégories de phénomènes, les uns immédiats, élévation de la température et modifications du pouls; un autre précoce, paraissant du 4 au 6e jour, voire au 10e jour, l'urticaire; d'autres enfin tardifs, survenant le 13e ou 14e jour, la fièvre, souvent des vomissements, puis des douleurs articulaires et une éruption plus ou moins généralisée, rubéoliforme ou scarlatiniforme, enfin délire et insommie, avec ou sans albuminurie.

Tandis que, pour les deux premières catégories, il admet l'influence pathogénique du sérum de Roux, il croit que les accidents tardifs ont une autre pathogénie. Il a constaté que ces accidents ne se présentent jamais dans des cas de diphtérie pure; toujours, au contraire, on a constaté dans les membranes la présence du streptocoque, et d'un streptocoque très virulent; Sevestre met le sérum hors de cause, au moins en tant qu'agent principal.

La comparaison des symptômes cliniques, des cultures et des inoculations prouve que les accidents dits post-sérothérapiques offrent une relation positive avec l'existence d'un streptocoque virulent, et la gravité de ces accidents semble en rapport avec la virulence dudit streptocoque. Mais d'autre part, en tenant compte de la période restreinte (du 12e au 15e jour après l'injection) à laquelle apparaissent ces accidents, période comparable à l'incubation des fièvres éruptives, Sevestre admet un lien intime entre les injections de sérum et les accidents streptococciques; les injections agissent comme cause déterminante, accessoire au même titre que le froid favorise le développement d'une broncho-pneumonie et streptocoques anciens d'une rougeole. Pratiquement, il conclut que, dans les angines légères, il faut attendre l'examen bactériologique avant d'intervenir; que, dans les cas graves, il faut injecter le sérum de Roux sans attendre.

Chantemesse a pratiqué la sérothérapie (antistreptococcique) par injections intestinales, et a constaté que la muqueuse intestinale absorbait rapidement le sérum; l'efficacité par ce procédé lui a paru aussi grand que par injections hypodermiques, il n'y a jamais eu d'érythème.

Trois cas de diphtérie traités par le sérum de Roux en lavement ont donné de bons résultats. Il a aussi traité avec succès des placards érysipélateux par le sérum dilué dans 5 fois son poids de lanoline.

Netter fait remarquer que les accidents tardifs qui se constatent après les injections de sérum de Roux se voient aussi après des injections d'autres sérums, sérum antipneumococcique, sérum antituberculeux de Maragliema. Il fit chez une petite fille atteinte de pleurésie purulente métapneumonique, le 10 septembre, une injection de 6 à 7 grammes de sérum antipneumonique, le 21 l'enfant était prise de douleurs de ventre atroces et de fièvre, elle eut alors une éruption érythémateuse sur les aines, les fesses et le tronc; en outre, des arthropathies très douloureuses. La pleurésie ne fut d'ailleurs pas guérie, et il fallut pratiquer l'empyème le 2 octobre. Netter croit que la substance qui donne naissance aux

accidents n'est pas introduite par le processus de l'immunisation, mais est un élément préexistant dans le sérum qui, vraisemblablement, ne se trouve que dans le sang d'un certain nombre d'animaux et seulement à des moments déterminés. Il ne croit pas que, dans les cas de diphtérie associée, ces accidents soient imputables au streptocoque.

II. — Une fillette de 6 ans présente, le 13 décembre, des taches d'un jaune grisâtre sur l'amygdale gauche; le 16, ces taches sont réunies par un voile grisâtre; l'examen bactériologique indique staphylocoque et quelques bacilles courts; le 23, staphylocoques et bacilles diphtéritiques plus longs et plus nombreux.

L'état général restait bon, l'état local non amélioré, malgré des attouchements locaux; on fit une injection de 15 centimètres cubes de sérum; fièvre légère le soir; le 31, l'examen bactériologique donne: staphylocoques, sarcines, pas de bacilles de Löffler. Le 3 janvier, quelques taches érythémateuses ou ortiées. Au microscope, on voit de nombreux staphylocoques, quelques bacilles courts, pas de streptocoques.

Dans la journée, l'éruption devient morbilliforme, scarlatiniforme, au tronc, puis purpurique aux membres inférieurs; la fièvre montait à 40°, toutes les articulations devenaient douloureuses, beaucoup de muscles étaient contracturés et très douloureux. Urines rares albumineuses.

Le 10, tout cet ensemble de symptômes graves avait disparu.

En février Lubet-Barbon retrouva les points jaunâtres sur l'amygdale et extirpa l'un d'eux, qui avait une forme de clou, contenant des amas d'aspergillus au sommet, et, à la base, des cellules épithéliales soudées en forme de corne.

Le Gendre insiste sur la gravité des accidents post-sérothérapiques, qu'il rapproche de l'excessive bénignité de la diphtérie.

Gaucher avait soigné un enfant atteint d'angine couenneuse d'intensité moyenne par des badigeonnages phéniqués; l'examen bactériologique donna bacilles de Löffler, diphtérie pure. Une injection de 10 centimètres cubes de sérum fut faite; depuis cette époque, l'enfant a eu de très nombreux abcès en divers points du corps.

Chantemesse signale les lacunes de l'observation de Le Gendre, l'absence de renseignements sur les ganglions du cou, le sang, l'urine albumineuse, et croit à une staphylococcie possible; il rattache à un manque d'antisepsie les abcès signalés par Gaucher.

III.— Hutinel croit, comme Sevestre, que les accidents tardifs sont dus à des streptococcies; mais il regarde comme très difficile l'examen du sang et a très rarement pu trouver les streptocoques dans le sang, même dans les cas confirmés par l'autopsie, et les érythèmes infectieux peuvent se montrer même dans des cas où il n'y a pas de streptocoques. Il admet que les accidents graves consécutifs au sérum de Roux sont notablement plus communs qu'autrefois. Il incrimine le sérum qui sert de véhicule à l'antitoxine.

Il relate le cas d'une fille de 12 ans, ayant une forte hypertrophie des amygdales, qui est prise le 2 décembre d'angine diphtérique avec streptocoques; 2 injections de 10 centimètres cubes furent pratiquées le 4 et le 5; le 6, les fausses membranes avaient disparu, mais les amygdales restaient rouges; l'urine était rare, albumineuse; le 12, fièvre; le 14, érythème en plaques morbilliformes, artralgies, vomissements fréquents, albuminurie légère. Le 15, au soir, grosse fièvre, éruption purpurique, anurie, cyanose, convulsions qui durent jusqu'à la mort.

De plusieurs cas graves ou mortels qu'il a vus, il conclut que quand une angine diphtéroïde, d'apparence bénigne, se développe chez un enfant porteur de grosses amygdales, il ne faut pas se hâter d'injecter le sérum de Roux; que dans les cas de scarlatine, où on trouve des bacilles de Löffler dans la gorge, il ne faut injecter que si la diphtérie est très nettement caractérisée.

Chantemesse ne croit pas que l'albuminurie soit imputable aux injections de sérum; quand un cas infectieux s'accompagne d'albuminurie, on doit innocenter le sérum.

Il croit plus facile que ne le dit Hutinel l'examen du sang et recommande aussi la recherche du streptocoque dans l'urine.

Le Gendre et *Hirtz* rapportent 3 cas où l'albuminurie est survenue peu de jours ou d'heures après l'injection du sérum, alors qu'il n'en existait pas auparavant.

IV. — Variot a vu, comme Sevestre, en janvier et février 1895, une série d'abcès après des injections de sérum; il incrimine les échantillons du sérum fourni à cette époque, qui devait être pyogène. Sur 1,500 cas de diphtérie soignés à l'hôpital, il a très rarement vu les accidents consécutifs au sérum revêtir un aspect grave, aucun n'a été mortel. Par contre, dans la clientèle de ville, il en a vu un certain nombre; tous ont guéri. Il admet que, tandis que le sérum à l'hôpital est constamment renouvelé, en ville il reste longtemps à l'officine et s'altère.

Variot n'accepte pas le rôle pathogénique assigné par Sevestre au streptocoque pour l'apparition tardive des exanthèmes.

Il a vu l'urticaire précéder immédiatement les éruptions scarlatiniformes ou rubéoliques ou alterner avec elles. Il croit plutôt à une pathogénie d'ordre chimique, reposant sur le dédoublement des substances albuminoïdes du sérum; avant d'être rejetés par les urines ou les fèces, les produits de dédoublement déterminent les troubles de l'intoxication sérique.

Quel que soit le résultat de l'examen bactériologique, si l'état général est bon, si les exsudats sont minimes, Variot se borne à des lavages de la gorge et ne fait pas d'injection.

En 1895, sur 1,414 enfants diphtéritiques, 205 sont morts, soit 14,5 0/0. Variot, sur ce nombre considérable, en a vu très peu ayant un peu d'albuminurie après les injections, et ne croit pas que celles-ci en soient la cause. H. R.

I. — Sur la sérothérapie spécifique dans la tuberculose pulmonaire, par MARAGLIANO (*Congrès franç. de méd. interne, et Semaine méd., 14 août 1895*).

II. — Essai de sérothérapie de la tuberculose pulmonaire, méthode de Maragliano, par L.-R. REGNIER (*Progrès méd., 8 février 1896*).

III. — Cas de tuberculose pulmonaire : la sérothérapie antituberculeuse, par H. BLAISE (*Gaz. hebd. Paris, 19 janvier 1896*).

I. — M. obtient son sérum en immunisant des animaux réfractaires à la tuberculose, chiens, ânes, chevaux, non pas au moyen de cultures vivantes, mais au moyen de substances toxiques extraites de cultures très violentes de tuberculose humaine, capables de tuer les cobayes en deux ou trois

jours. Les procédés d'atténuation des cultures et d'immunisation ne sont pas nettement indiqués par l'auteur. Il a traité 83 cas; 61 malades auraient retiré un réel bénéfice de ces injections de sérum; il injecte tous les deux jours 1 centimètre cube, pendant dix jours, puis tous les jours, pendant dix autres jours, puis deux centimètres cubes.

II. — R. a pratiqué chez trois malades les injections de sérum de Maragliano. Chez un, l'amélioration a été des plus nettes; chez le second, moindre; chez le troisième, nul; le cas, il est vrai, était désespéré et le traitement n'avait été institué qu'en désespoir de cause sur la demande de la famille.

R. semble confiant dans les résultats qu'on peut attendre de ce sérum.

A. C.

III. — Une jeune fille de 14 ans, réglée depuis un an, fut atteinte de tuberculose dont les premières manifestations furent de la micropolyadénite cervicale, de la toux, une fièvre presque quotidienne et des sueurs nocturnes. Puis survinrent des poussées de bronchite et de broncho-pneumonie, durant généralement une semaine, se manifestant particulièrement à l'occasion de la fluxion menstruelle et s'accompagnant d'une température s'élevant parfois au-dessus de 40°.

Malgré les divers traitements mis en œuvre, l'état général et l'état local (matité, respiration rude, craquements, râles) s'étant aggravés, on eut recours, le 1er octobre, pendant une poussée, aux injections de Maragliano (injections de 10 centimètres cubes de sérum antituberculeux). Il en résulta une ascension thermique nocturne inaccoutumée avec retour plus rapide que de coutume à l'état antérieur; pas d'accidents locaux. Le 9 et le 15 octobre, nouvelles injections semblables, suivies d'aggravation; après la troisième, la température n'est plus montée qu'à 38° et il s'est établi de la tendance à l'hypothermie. Mort dans la nuit du 21 au 22 à la suite de phénomènes d'asystolie et de symptômes que Blaise croit pouvoir rattacher à l'urémie.

Ce cas ne permet pas de juger la méthode, mais il n'indique rien qui lui soit favorable. LEFLAIVE.

Ververthung der Fette bei Lungenschwindsüchtigen (Emploi de la graisse chez les tuberculeux), par F. BLUMENFELD (*Zeitschr. f. klin. Med., XXVIII, p. 417*).

Les matières grasses sont indispensables aux phtisiques pour entraver la désassimilation des graisses des albuminoïdes, peut-être des phosphates, pour fournir les calories nécessaires. Il faut pourtant tenir compte de l'état de l'estomac, surtout pour l'emploi de l'huile de foie de morue et de la lipanine. Celle-ci, malgré sa richesse en acides gras, n'est pas mieux utilisée que le beurre et ne lui est pas préférable. A.-F. PLICQUE.

Traitement de la pneumonie par la digitale à hautes doses, par P.-A. LOP (*Revue de méd., décembre 1895*).

Des quatre observations publiées par Lop, il résulte d'après lui que la digitale peut être donnée à la dose de 5 à 10 grammes par vingt-quatre heures pendant cinq à six jours sans déterminer le moindre accident. Chez deux malades, cependant, il y eut, comme signes d'intolérance, quelques vomissements et un peu de diarrhée.

Dès le début de la médication L. a observé une détente dans l'ensemble

des phénomènes cardio-pulmonaires, du ralentissement du pouls et la disparition de l'état dyspnéique. La chute de la température s'est effectuée dès le deuxième jour dans un cas, le troisième jour dans les trois autres.

L'amélioration dans les signes physiques de la maladie est quelquefois contemporaine de l'apyrexie, mais habituellement elle n'apparaît que du deuxième au troisième jour. La résolution ne se fait jamais lentement, elle se fait par à coups du soir au lendemain.

En somme, Lop partage les idées de Pétrescu sur l'emploi de la digitale dans la pneumonie, sans aller jusqu'à prescrire comme lui les doses de 12 à 15 grammes de feuilles en infusion. C. GIRAUDEAU.

I.—Application de la sérothérapie au traitement de l'érysipèle, par CHANTEMESSE (*Bulletin méd., 1er janvier 1896*).

II. — Étude comparative sur les traitements de l'érysipèle, par BOLOGNESI (*Soc. de thérap., 12 février 1896*).

I. — C. a traité dans son service 1,055 cas d'érysipèle ayant donné 34 morts.

145 ont subi le traitement ordinaire, 5 morts; 409 ont été traités par les bains froids, 16 morts; 501 par le sérum de Marmorek; 297 par un sérum efficace d'une force de 1 0/000, 5 morts; 107 par un sérum faible, 7 morts; 97 par un sérum très efficace, d'une force de 1 30/000, 1 mort.

Par ce traitement, l'état général s'améliore rapidement, la fièvre tombe, la gravité et la durée de la maladie sont moindres.

II. — B. ne trouve pas exceptionnels les résultats obtenus par Chantemesse. Sur 1,000 cas qu'il a soignés par les procédés ordinaires, B. n'a eu que 35 décès. L'érysipèle est souvent une maladie bénigne et il faudrait faire un départ entre cette forme et les cas véritablement graves. Chez 250 malades, on a eu recours à un traitement expectatif, pansement à la vaseline boriquée, 5 morts; 200 cas, pansement à l'ichtyol, 4 morts; 165 cas, traitements divers, 2 morts; 115 cas, traumaticine et vernis au stérésol, 1 mort; enfin un dernier groupe de 225 cas, tous graves, donne 15 morts.

B. conclut à l'emploi du traitement suivant :

1° Cas légers : traitement local au choix, ichtyol de préférence;

2° Cas aigus : traumaticine à l'ichtyol;

3° Cas graves : balnéothérapie. A. CARTAZ.

Action thérapeutique des toxines sur les tumeurs malignes, par CAMPANINI (*Policlinico, 7, 1895*).

C. a employé la sérothérapie streptococcique dans 4 cas de sarcome ou carcinome des fosses nasales, de l'amygdale, de la mamelle et de la prostate où toute opération était impossible. Pas de résultats appréciables. A. C.

Traitement de la variole par le sérum de la vaccine, par Llewellyn ELLIOT (*Med. News, 29 juin 1895*).

Chez 5 varioleux, Elliot a employé le sérum vaccinal. Il a obtenu 4 guérisons et conclut: Le sérum de la vaccine modifie la variole, en ce

que les papules ou vésicules avortent et les pustules se dessèchent rapidement sans laisser de cicatrices. Chez l'un des malades, le traitement a été suivi d'abcès multiples. (*R. S. M.*, XLVI, 506.) J. B.

Zur Schilddrüsentherapie (Traitement thyroïdien), par MORIN (*Therap. Monats., n° 10, p. 593, octobre 1895*).

Le traitement par l'administration de thyroïde de mouton a donné de remarquables résultats à M. dans 2 cas graves de maladie de Basedow. Le goitre est très rare chez les tuberculeux dont le corps thyroïde est d'ordinaire très atrophié, ce qui amène l'amaigrissement précoce et prononcé du cou. Cette atrophie thyroïdienne est-elle primitive ou secondaire ? Est-ce que l'hyperplasie de la glande thyroïdienne ne peut conférer une sorte d'immunité contre la tuberculose ? Dans 2 cas de M..., cette dernière hypothèse semble trouver une confirmation.

Des recherches systématiques entreprises par M..., il résulte que l'élément glandulaire est toujours atrophié chez les phtisiques, même dans les cas où le volume de la glande est augmenté (hyperplasie fibreuse). D'autre part, on a noté depuis longtemps la fréquence de la tuberculose dans le myxœdème. Ces prémices devaient conduire l'auteur à tenter le traitement de la tuberculose par l'administration du corps thyroïde. Ses résultats sont encore trop limités pour ne pas imposer de grosses réserves ; les cas qui conviennent particulièrement à l'essai de la méthode sont ceux de lupus, d'adénopathie, de tuberculose pulmonaire à la première période. Il est préférable de s'adresser au corps thyroïde provenant d'animaux entièrement ou partiellement réfractaires à la tuberculose (chèvre, chien). Les résultats obtenus sont plutôt favorables.

PAUL TISSIER.

Weitere Mittheilungen..... (Sur la thyroïdothérapie chez les aliénés porteurs de goitre), par REINHOLD (*Münch. med. Woch., n° 52, p. 1205, 1895*).

L'auteur a examiné chez 12 malades, dans les conditions sus-indiquées, les effets de l'ingestion de corps thyroïde et est arrivé à des résultats négatifs, tant au sujet du poids du corps qu'à celui des symptômes psychiques. Il a noté une diminution variable du volume du goitre.

C. LUZET.

Ueber Thyreoidismus, par Otto LANZ (*Deutsche med. Woch., n° 37, p. 597, 1895*).

Les accidents que l'on observe dans le traitement par la médication thyroïdienne sont-ils dus aux principes contenus normalement dans la glande thyroïde des animaux ou à des substances étrangères introduites accidentellement par suite d'une préparation défectueuse ? L'auteur avait été frappé de ce fait qu'il avait pu, avec deux de ses amis, ingérer quotidiennement de 20 à 30 grammes de glande thyroïde fraîche sans éprouver d'autre malaise qu'une légère augmentation du pouls. D'autre part, il est facile de constater que la glande thyroïde se décompose très vite, beaucoup plus vite que la chair musculaire à égales conditions. Cer-

taines préparations, en particulier celles de Merck et en moindres proportions les tablettes anglaises de Burroughs, ont une odeur et un goût repoussants, tandis que la glande fraîche présente une odeur et un goût agréables. Lanz a trouvé dans les préparations anglaises un bacille qui lui paraît être celui de l'œdème malin. Expérimentant sur les rats, il a constaté que ces animaux supportaient facilement dans leur nourriture des doses de 50 grammes par jour de glande thyroïde fraîche, tandis que 1 gramme des préparations anglaises suffisait pour les tuer ; cependant, quel que soit le mode de préparation que l'on administre, la glande fraîche desséchée ou l'extrait total obtenu par l'éther, les animaux qui absorbent un certain temps des préparations thyroïdiennes finissent par succomber, mais ils ne présentent pas les phénomènes décrits sous le nom de thyroïdisme aigu.

Les expériences sur l'homme que l'auteur a pratiquées à la clinique de Kocher confirment absolument ces résultats ; le même malade qui, avec 2 tablettes anglaises de 0,60, était malade, supportait facilement 8 grammes de glande thyroïde fraîche. Il y a donc dans les accidents du thyroïdisme une part à faire à l'infection résultant de matériaux décomposés et une autre à l'action spécifique de la glande thyroïdienne ; c'est cette action qui constitue le thyroïdisme proprement dit ; elle varie d'intensité suivant l'espèce d'animal qui fournit la glande et suivant l'animal auquel on l'administre.

Le principe toxique qui produit le thyroïdisme paraît se transmettre soit à travers le placenta, soit par le lait.

Quelle que soit la dose administrée, l'auteur n'est jamais arrivé à reproduire le type basedowien ; il a observé au contraire, sous l'influence du traitement thyroïdien, une atrophie du corps thyroïde. H. DE BRINON.

Beitrag zur « Thyroidin » Wirkung, par BECKER (*Deutsche med. Woch.*, *n° 37, p. 600, 1895*).

Un enfant de deux ans avale en une fois 93 pastilles d'extrait thyroïdien dosées à 0,03 centigrammes, il a été pris en flagrant délit suçant une des pastilles et sur les 100 pastilles que contenait le flacon, 7 seulement se trouvèrent dans la chambre. Becker fait le lavage de l'estomac qui ne ramène que de l'eau claire ; un vomitif administré plus tard ne donne aucun résultat. Une infusion de séné amène une selle colorée en brun, il paraît donc certain que les tablettes ont été absorbées, néanmoins l'enfant n'a éprouvé aucun malaise. A aucun moment on n'a pu retrouver dans l'urine ni sucre, ni albumine ; l'amaigrissement a été de 50 grammes le 2e jour et 6 jours après l'accident, l'enfant avait repris son poids primitif de 12 kilog. 400. H. DE BRINON.

De la médication thyroïdienne, par Pierre MARIE (*Soc. méd. des hôp.*, *8 novembre 1895*).

Une fille de 19 ans avait, depuis l'âge de 14 ans, un petit goitre ; à 17 ans 1/2, elle le vit grossir très rapidement ; le 14 septembre, il mesurait 8 centimètres transversalement au-dessus de la clavicule, 9 centimètres un peu plus haut, 55 millimètres verticalement.

Après l'ingestion quotidienne de 2 tablettes de corps thyroïde de mouton, il mesurait, le 26 septembre, 45 millimètres au-dessus de la clavicule, 55 milli-

mètres diamètre maximum, 40 millimètres verticalement ; la malade éprouvait de la faiblesse, un peu de céphalalgie et d'anorexie. H. L.

The treatment of goitre and exophthalmic goitre by thyreoid extracts, par Fletcher INGALS (*New York med. Journ., p. 302, 7 septembre 1895*).

L'auteur étudie 6 cas personnels, et conclut ainsi :

Les extraits thyroïdiens produisent des effets physiologiques marqués sur les systèmes nerveux et circulatoire, céphalalgie, vertiges, douleurs, grande faiblesse, congestion de la face, contractions rapides du cœur : ces phénomènes se manifestent quand on administre une dose quotidienne représentant une glande et demie ou deux glandes thyroïdes de mouton : à cette dose, l'administration continue d'extrait de glande peut produire des résultats très graves.

La glande thyroïde desséchée est aussi active et plus stable que les extraits liquides : prise à l'intérieur, elle est aussi active qu'en injections hypodermiques.

Dans le traitement du myxœdème, le remède a une valeur incontestable. Dans le goitre exophtalmique on obtient une réduction rapide du volume de la glande, mais les effets sur l'exophtalmie sont nuls et les symptômes cardiaques sont aggravés.

Dans beaucoup de cas de goitre, l'usage interne d'extrait thyroïdien entraîne une diminution remarquable du volume de la glande malade. L'amélioration ou la guérison peuvent être escomptées dans les deux tiers des cas : mais il est probable que les tumeurs kystiques ne sont pas influencées par le remède. MAUBRAC.

Wirkung antitoxischen Hammelserums gegen das Tiphusgift (Sérum antitoxique de mouton dans la fièvre typhoïde), par O. BEUMER et E. PEIPER (*Zeitschr. für klin. Med., XXVIII, p, 328*).

Le sérum de mouton immunisé aurait une action à la fois préventive et curative contre la toxine typhique. De plus il arrêterait le développement des bacilles typhiques. Injecté à des cobayes inoculés avec des cultures typhiques, il arrêterait l'infection d'autant plus sûrement qu'on a injecté le sérum plus près du début des accidents. A.-F. PLICQUE.

Résultats statistiques du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, par VOGL (*Blätter für klin. Hydrotherap., V, et Berlin. klin. Woch., n° 29, p. 643, 22 juillet 1895*).

Allemagne : à Tubingue, Jürgensen avait une mortalité de 22,1 0/0 par l'expectative, de 7,1 par un traitement balnéaire incomplet, et de 1,8 0/0 par le traitement rigoureux de Brand.

A Stettin, Brand, avec son traitement, accuse une mortalité de 3,5 0/0.

A Hambourg, Ratjen, par les bains froids méthodiques, une mortalité de 4 0/0.

A Vienne, Drasche, par le même traitement, une mortalité de 9,3 tandis qu'antérieurement, elle était de 16,2 0/0.

A Munich, le traitement médicamenteux a donné de 1841 à 1860, une

mortalité de 21 0/0; de 1860 à 1875 la médication en partie expectative, en partie réfrigérante, une mortalité de 15,2; de 1875 à 1882 le traitement par les bains, en partie combiné avec une autre médication, 6,5 0/0 depuis lors la médication stricte par les bains froids a donné encore de meilleurs résultats.

France : à Lyon, Tripier et Bouveret ont vu tomber la mortalité de 25 0/0 à 7,5 par la méthode de Brand; Richard a constaté une mortalité de 5,2 chez les malades traités par les bains froids et de 10,4 chez les autres (*R. S. M.*, XXXIII, 81). Juhel-Rénoy, une mortalité de 4,7 par la méthode de Brand. Diverses statistiques qu'il a réunies témoignent d'une mortalité de 7,3 par ce traitement contre une mortalité de 14,2 pour les autres méthodes.

Amérique : à Philadelphie, Kellog, depuis qu'il emploie les bains froids, a vu sa mortalité baisser de 17 0/0 à 4 ou 5 0/0; Elliot, de même, de 24 0/0 à 6,5.

A Baltimore, Osler l'a vue diminuer de 21,8 à 7,4 0/0.

A New-York, Thompson, de même de 19 0/0 à 7 0/0.

(*R. S. M.*, IV, 224; V, 229; VI, 602; XVIII, 483; XXIII, 93, 94, 102 et 105; XXVII, 73, 203, 494 et 495; XXVIII, 483, 485, 486, 487; XXIX, 161; XXXI, 499; XXXIII, 81; XXXIV, 306; XXXVII, 566; XXXVIII, 107; XLI, 535; XLII, 502 et 504).

J. B.

Ueber Typhus-Heilserum, par Félix KLEMPERER et Ernst LEVY (*Berlin. klin. Woch., n° 28, p. 601, 15 juillet 1895*).

Peiper et Beumer après avoir vérifié sur des animaux les propriétés prophylactives et curatives du sérum sanguin des moutons immunisés, se disposaient à l'essayer sur les malades atteints de fièvre typhoïde. (Voy. p. précédente.)

De leur côté, F. Klemperer et E. Levy ont immunisé des chiens et ont employé leur sérum chez 5 typhoïdiques. Trois jours de suite, on injectait sous la peau de ces malades vingt centimètres cubes de sérum. Ces injections n'ont donné lieu ni à éruptions, ni à albuminurie. Les 5 typhoïdiques se trouvaient au premier septénaire de la maladie. Leurs courbes thermométriques correspondent à celles des cas légers, sans qu'on puisse dire si le sérum injecté y a eu quelque part. Les rémissions matinales ont habituellement commencé 3 jours après la première injection; la fièvre, tombant graduellement, a complètement cessé vers la fin du deuxième ou au début du troisième septénaire; l'un des malades a eu une légère récidive après 8 jours d'apyrexie. Ni la marche de la température, ni les autres symptômes n'ont paru modifiés par les injections.

Tout ce qu'on peut affirmer, c'est l'innocuité du traitement par le sérum et son impuissance à juguler la fièvre typhoïde.

J. B.

Notes on a case of Addison's disease recovering during the administration of extract of suprarenal body, par E. Lloyd JONES (*Brit. med. J., p. 483, 24 août 1895*).

Femme atteinte, depuis deux ans, de tous les symptômes de la maladie d'Addison : asthénie générale, vomissements, diarrhée, douleurs dans le dos,

pigmentation de la peau et des muqueuses, anémie profonde. Le traitement consiste en lait peptonisé, en tablettes de capsules surrénales (de Burroughs et Wellcome), trois par jour. Au bout de quelques jours, la dose est portée graduellement jusqu'à 12 tablettes. Quinze jours après, la pigmentation commence à diminuer et l'appétit revient. Au bout d'un mois, la malade semble complètement guérie et a repris des forces. H. R.

On the therapeutic employment of the suprarenal glands, par J. OLIVER (*Brit. med. Journ.*, *p. 653*, *14 septembre 1895*).

L'administration par la bouche, l'injection sous cutanée et intraveineuse de l'extrait de glande surrénale provoquent une contraction énergique des artérioles et accroissent la tension artérielle au même titre que la digitale et l'ergot de seigle, en ralentissant beaucoup les battements du cœur. Ceci peut expliquer l'asthénie considérable et la faible tension du pouls chez les malades addisoniens.

La préparation à employer est la teinture alcoolique et l'extrait de capsule surrénale : l'extrait sec conserve toutes ses propriétés, comme pour le corps thyroïde. La dose médicamenteuse habituelle est de trois tablettes par jour de 0,15 chaque, ou de deux de 25 centigrammes.

L'indication thérapeutique prédominante est la maladie d'Addison, l'administration de l'extrait sec surrénal diminue la pigmentation, l'asthénie, les troubles digestifs, l'insuffisance de la tension artérielle. Certains cas d'anémie rebelle sont également très avantageusement modifiés sous l'influence de la médication. Il paraît en être de même de l'albuminurie cyclique, du diabète sucré et de la polyurie nerveuse ; enfin, certains cas de goitre exophtalmique ont bénéficié de la médication. H. R.

A case of tetanus treated with tetanos-antitoxin, par Herbert MARSON (*The Lancet*, *p. 329*, *10 août 1895*).

L'auteur rapporte un cas de tétanos, traité par l'antitoxine et suivi de mort. Il a rassemblé 38 cas ainsi traités, qui ont donné 25 guérisons et 13 morts. De ces 38 cas, 22 seulement ont été explicitement publiés ; on peut les grouper de la façon suivante : 9 cas dans lesquels les symptômes ont commencé à diminuer immédiatement après l'injection, et ont disparu progressivement ; 6 cas dont les symptômes persistèrent dans le *statu quo* pendant quelque temps après l'injection, puis disparurent graduellement ; 2 cas dans lesquels on n'observa point de nouveaux muscles entrant en contractions spasmodiques après le début du traitement, bien qn'on eut à constater l'aggravation de certains autres symptômes, comme le trismus ou la difficulté de déglutition ; 5 cas, enfin, se terminèrent par la mort en dépit du traitement. MAUBRAC.

Sur la sérothérapie du tétanos : essais de traitement préventif, par E. NOCARD (*Bull. Acad. de méd.*, *22 octobre 1895*).

Si, jusqu'à ce jour, on n'est pas encore arrrivé, par des injections de sérum antitétanique, à guérir le tétanos déclaré à marche aiguë, peut-être peut-on recourir utilement aux injections préventives ? C'est ce que No-

card a tenté avec des résultats qui paraissent favorables. Des injections de 10 et de 20 centimètres cubes, suivant l'animal, ont été pratiquées sur 375 animaux (chevaux, ânes, mulets, agneaux) appartenant à des écuries où le tétanos avait sévi peu de temps avant. Aucun des animaux traités n'a pris le tétanos, et dans tous les cas le sérum s'est montré inoffensif.

OZENNE.

The treatment of snake poisoning with antivenene derived from animals protected against serpent's venom, par FRASER (*Brit. med. Journ., p. 416, 17 septembre 1895*).

Expériences intéressantes sur l'immunisation des animaux contre le venin des serpents.

1) Ingestions stomacales de venin. Une chatte reçoit tous les deux jours dans ses aliments d'abord un cinquième de la dose de venin suffisante pour la tuer par inoculation, puis bientôt un quart, un tiers, puis deux, quatre, six fois plus ; finalement, on arrive à lui faire ingérer, au 116e jour, une dose 80 fois plus grande que la dose mortelle : elle n'éprouve aucun malaise. Huit jours après cette ingestion, on lui inocule sous la peau une dose de venin correspondant à une fois et demie la dose mortelle : le seul accident observé est un œdème local et un point de nécrose cutanée. Le 15e jour de l'expérience, elle met bas deux petits, qui sont, un mois après, inoculés, l'un avec la dose double de venin nécessaire pour le tuer, l'autre avec la dose triple : ce dernier seul meurt, le premier résiste. Pareils résultats sont obtenus sur des rats. On peut donc immuniser un animal par ingestion alimentaire de venin.

2) Action immunisante du sérum sanguin des serpents venimeux.

Fraser inocule à un lapin un mélange de sérum sanguin provenant du serpent hamadryas, et d'une quantité de venin de cobra légèrement supérieure à la dose toxique minimum : le lapin survit ; une seconde observation est encore plus concluante, car la dose de venin de cobra avait été augmentée (0,25 au lieu de 0,15).

De même, en injectant le sérum 30 minutes après l'inoculation du venin de cobra, l'animal survit et ne présente que de légers accidents toxiques, alors qu'un animal témoin meurt en deux heures.

Deux expériences analogues ont été faites avec le venin d'un autre serpent d'Australie, le Pseudechis porphyriacus. Il ressort de ces recherches que le sérum du sang des serpents venimeux possède des propriétés immunisantes.

Néanmoins, la méthode par excellence consiste à inoculer un animal avec des doses progressivement croissantes de venin, qu'il supporte de mieux en mieux, jusqu'à résister à des quantités 50 fois plus considérables que la dose toxique minimum. Le sérum de ces animaux ainsi préparés sert d'antidote et a une très réelle efficacité.

Il est à remarquer que les animaux carnivores ont une bien plus grande résistance au venin des serpents que les animaux herbivores. (*R. S. M.*, XLVI, 443.)

H. R.

Sur l'emploi du sang de vipère et de couleuvre comme substance antivenimeuse, par PHISALIX et G. BERTRAND (*Acad. des Sciences, 18 novembre 1895*).

Dans des recherches antérieures, ayant constaté dans le sang de la vipère et de la couleuvre des principes toxiques analogues à ceux du venin, ces deux auteurs avaient considéré l'immunité de ces animaux pour leur venin comme le résultat d'une accoutumance. Mais ayant constaté depuis, dans le sang du hérisson, la présence simultanée de substances toxiques et de substances antitoxiques, ils ont recherché s'il n'en serait pas de même pour le sang de la vipère; par la chaleur à 58 degrés, ils ont détruit les substances toxiques du sérum, qui cependant a conservé ses propriétés immunisantes. Il y a donc, chez la vipère et la couleuvre, comme chez les animaux vaccinés artificiellement, production de substances antitoxiques par suite d'une réaction défensive de l'organisme. D'après cela, on pourrait peut-être expliquer l'immunité de ces reptiles pour leur propre venin, plutôt par une sorte d'auto-vaccination que par accoutumance. Mais, à supposer qu'il n'en soit pas ainsi, l'existence de principes antivenimeux dans le sang de la vipère et de la couleuvre n'en a pas moins une signification importante au point de vue de la physiologie générale; elle démontre une fois de plus que, dans l'organisme, à mesure que des cellules sécrètent une toxine, il se produit une réaction antagoniste dont le résultat est la formation d'une antitoxine spécifique.

M. DUVAL.

A case of cardiocentesis, par COTTAM (*Med. Record, 5 octobre 1895*).

Chez un tuberculeux de 50 ans, atteint d'insuffisance mitrale, pour parer à de graves accidents asystoliques, C. entreprit de faire la ponction du ventricule droit au moyen d'un fin trocart introduit dans le 6e espace intercostal à trois centimètres environ à gauche du sternum. La saignée fut d'environ 60 grammes d'un sang écarlate; le malade en ressentit un réel soulagement. Il succombait du reste cinq jours après aux progrès de sa phtisie. A l'autopsie, C., pièces en mains, put voir que le trocart qu'il voulait faire parvenir dans le ventricule droit s'était, en réalité, introduit dans le ventricule gauche, ponctionnant ainsi cette cavité sans accidents locaux ou généraux. CART.

Traitement du coup de chaleur par la quinine, par C. BINZ (*Deutsche milit.-ärztl. Zeitschr., avril 1895*).

Se basant à la fois sur des considérations théoriques et sur les expériences favorables des médecins anglo-indiens, Binz préconise l'emploi de la quinine contre le coup de chaleur. La préparation la plus convenable est le bichlorhydrate, qui forme de fins cristaux incolores, bien solubles dans l'eau; la solution, qui a une réaction très acide, n'est pas douloureuse en injections sous-cutanées.

La formule à employer est: faire dissoudre 10 grammes de bichlorhydrate dans 32 grammes d'eau distillée et filtrée; de cette façon, chaque seringue de Pravaz renferme vingt-cinq centigrammes du sel de quinine.

J. B.

The treatment of diabetes mellitus by uranium nitrate, par Samuel WEST (*Brit. med. Journ., p. 467, 24 août 1895*).

Les sels d'uranium, et particulièrement le nitrate, qui est soluble, agissent à haute dose comme un poison irritant gastro-intestinal, les animaux meurent avec de la néphrite et des paralysies motrices : au bout de quelques jours apparaît une glycosurie spéciale. A petite dose, ils ralentissent le fonctionnement du foie et du pancréas.

West a étudié cliniquement six cas de diabète, qu'il publie en détail, traités par l'azotate d'urane à doses progressives : d'abord 0,25 trois fois par jour, puis 1, 2 et jusqu'à 10 grammes. Voici les conclusions :

L'azotate d'urane ralentit très certainement la glyclosurie, qui tombe au bout de quelque temps à un taux minime, sans amaigrissement sensible du sujet. L'auteur pense qu'il exerce une action inhibitive sur le pancréas. H. R.

Traitement de l'impaludisme par l'ingestion de rate et de moelle osseuse de bœuf, par D. CRITZMANN (*Presse méd., 21 décembre 1895*).

Dans 4 cas d'impaludisme chronique, avec grosse rate, pour lesquels tout traitement habituel avait été essayé sans succès, C. administra quotidiennement 50 grammes de rate de bœuf crue, hachée, mélangée à un jaune d'œuf et 10 grammes de moelle osseuse. Le résultat fut des plus remarquables. En un laps de temps variant de quinze jours à un mois, l'état général s'était relevé, les signes de la cachexie paludéenne avaient cédé et les accès étaient de plus en plus éloignés.

C. pense que la poudre de rate desséchée pourrait être utile dans les colonies, pour combattre les fièvres. A. C.

Ueber die Behandlung der chronischen Verstopfung..... (Traitement de la constipation chronique par les grands lavements d'huile), par Carl BERGER (*Deutsche med. Woch., n° 30, p. 480, 1895*).

L'auteur a essayé chez 41 malades le traitement de Fleiner par les grands lavements d'huile. 19 présentaient de la constipation chronique de forme spasmodique, 10 appartenaient à la forme atonique, 12 ne pouvaient être classés. 3 cas n'ont pu être observés assez longtemps ; dans un cas, le résultat n'a été que relatif ; dans les 37 cas restants la guérison a été complète et durable.

Au point de vue technique, on administre de 4 à 500 grammes avec une pression de 50 centimètres et en 20 à 30 minutes. Le malade reste au lit jusqu'à la première selle qui est suivie d'un lavement aqueux. L'effet de ce premier lavement se prolonge pendant plusieurs jours ; dès que la constipation reparaît pendant 24 heures, on recommence.

Ce traitement réussit, même lorsque la constipation date de plusieurs années, il serait applicable aux coliques hépatiques et aux inflammations du gros intestin. H. DE BRINON.

Sur l'emploi du tannigène dans le traitement de la diarrhée dans l'enfance, par MONCORVO (*Bull. Acad. de méd.*, *6 décembre 1895*).

Le tannigène est une poudre jaunâtre, insipide, formée de diacétyl et de tannin à proportions définies. Sous l'influence des sécrétions alcalines de l'intestin, il se décompose et le tannin agit directement sur la muqueuse.

L'auteur l'a essayé sur 21 jeunes enfants, auxquels il l'a administré à des doses variant entre 25 centigrammes et 2 grammes par vingt-quatre heures; chez tous, il a été bien supporté et il a donné des succès assez prompts. OZENNE.

Sulphate of magnesium in the summer diarrhea of children, par PATTERSON (*Journal Amer. med. Ass.*, *12 octobre 1895*).

P... administre systématiquement le sulfate de magnésie aux enfants atteints de diarrhée estivale. Il pense que dans cette affection, le sel répond aux indications suivantes : en alcalinisant le contenu de l'estomac et de l'intestin, il en modifie les propriétés irritantes; provoquant une sécrétion abondante des glandes intestinales il favorise ainsi l'élimination des produits de fermentation; enfin, stimulant le péristaltisme, directement ou indirectement, par la quantité de la sécrétion ou par l'abondant écoulement de la bile qu'il provoque, il débarrasse ainsi tout l'intestin des résidus qui l'infectent. CART.

1,600 grammes de sous-nitrate de bismuth en 80 jours, par A. MATHIEU (*Soc. méd. des hôp.*, *6 décembre 1895*).

Un homme atteint d'hyperchlorhydrie avec douleurs gastriques très intenses, prend 15 grammes de sous-nitrate de bismuth le matin, 5 grammes le soir; ce traitement fut continué 80 jours; les douleurs avaient été rapidement calmées, et l'état général n'avait pas souffert; les gencives n'étaient pas plus malades qu'auparavant, la constipation était modérée, il y avait seulement une légère pigmentation de la face, analogue au masque de la grossesse.

Hayem a suivi un malade traité pendant 18 mois par le sous-nitrate de bismuth à hautes doses et qui ne présenta aucun phénomène d'intoxication. H. L.

I. — Ueber die Eisentherapie, par BUNGE (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, *n° 9*, *p. 278*, *1er mai 1895*, *et Berlin. klin. Woch.*, *n° 14*, *p. 314*, *8 avril 1895*).

II. — Idem, par QUINCKE (*Ibidem*).

III. — Discussion du XIIIe Congrès de médecine interne à Munich (*Ibidem*).

IV. — Remarques sur le traitement de la chlorose à propos de la récente discussion sur l'emploi thérapeutique du fer, au 13e Congrès allemand de médecine interne, par HAYEM (*Soc. méd. des hôp.*, *19 avril 1895*.)

I. — Le corps renferme, chez l'adulte, environ 2 grammes et demi de fer, principalement dans l'hémoglobine. Où se forme cette hémoglobine?

Comme, sous l'influence des préparations ferrugineuses, la chlorose disparaît et la proportion d'hémoglobine augmente, on en a conclu que les sels minéraux de fer se transforment par synthèse en hémoglobine. Mais les recherches de Glycinski, Hamburger, Schmiedeberg, F. Voit ont montré qu'il n'est pas possible d'établir, d'une façon certaine, la résorption du fer inorganique dans le tube digestif. D'autre part, les expériences de Bunge prouvent que l'économie retient le fer introduit dans des composés organiques aptes à être résorbés. Or, de telles combinaisons ferrugineuses organiques se rencontrent dans un grand nombre d'aliments usuels. Le jaune d'œuf en renferme sous forme de nucléo-albumine, d'où provient l'hématogène (*R. S. M.*, XXVI, 455). Le lait en contient plusieurs ; de même les aliments végétaux qui fournissent de l'albumine. Il est même remarquable que, tandis que les aliments végétaux sont très riches en fer, le lait est très pauvre à cet égard, il n'en renferme que le sixième de la quantité qu'on devrait s'attendre à trouver dans cet unique aliment du nouveau-né. Si le nouveau-né peut remédier à ce manque de fer dans son alimentation, c'est qu'en venant au monde, il en apporte une grande réserve provenant de la circulation maternelle. Dès que cette réserve est épuisée, l'animal passe instinctivement du sein maternel à la nourriture végétale. Les cobayes, qui recherchent la verdure immédiatement après la naissance, ont une réserve 3 fois moindre que les lapins qui commencent par être allaités.

Voici la teneur, en fer (milligrammes) de 100 grammes de substance sèche de quelques aliments : lait de vache, 2,3; lait de femme, 2,7; riz, 1,8 ; seigle, 4,9 ; pommes de terre, 6,4 ; pois, 6,6 ; haricots blancs, 8,3; lentilles, 9,5 ; pommes, 13,2; viande de bœuf, 16,6; jaune d'œuf, 10,4 à 23,9 ; épinards, 35,9.

Il n'est pas vraisemblable que l'organisme féminin attende le début de la grossesse pour commencer à faire la provision de fer destinée au nouveau-né. Il est plus plausible d'admettre que cet approvisionnement commence avec la puberté. Ainsi s'expliquerait l'extrême fréquence de la chlorose à cette période de développement.

II. — Quincke est d'avis que l'analyse des matières fécales et des urines ne suffit pas pour savoir si le fer est ou non résorbé par le tube digestif; il faut y joindre l'analyse des viscères où il se dépose, foie, rate et moelle osseuse. De cette manière, on constate qu'il y a réellement résorption de fer, même avec les combinaisons insolubles qui sont transformées par les acides de l'estomac.

Les meilleures préparations ferrugineuses sont encore les pilules de Blaud, le lactate et peut-être aussi le fer réduit. Vu leur action corrosive sur la muqueuse gastrique, il est essentiel que les aliments les diluent. Les doses quotidiennes de cinq à dix centigrammes de fer sont parfaitement suffisantes; vingt centigrammes constituent déjà une haute dose.

Si on ne peut faire prendre le fer par la bouche, il convient de l'administrer hypodermiquement (solution de citrate à 5 0/0 dans la solution salée physiologique) aux mêmes doses (1 ou 2 seringues de Pravaz).

Immermann ne nie pas qu'une alimentation riche en fer guérisse la chlorose; il faut y adjoindre des préparations ferrugineuses qui stimulent les appareils hématopoiétiques dont l'état débile engendre la chlorose, même chez les individus ayant une alimentation très riche en fer.

Reinert remarque qu'un bon régime alimentaire n'augmente que peu la teneur en hémoglobine; celle-ci ne croît rapidement qu'à partir de l'administration des ferrugineux.

Nothnagel insiste sur la nécessité chez les chlorotiques, d'ajouter au traitement ferrugineux, le séjour au lit pendant 4 à 6 semaines.

Von Ziemssen fait observer que chez les chlorotiques ayant l'estomac bon, la suralimentation elle-même reste inefficace tant qu'on ne recourt pas au fer. Parmi les préparations organiques, il convient de citer la ferratine, mais elle n'est pas meilleure que les pilules de Blaud.

Baumler administre les ferrugineux dès le début, malgré les troubles gastriques.

Edlefsen y joint alors l'usage de 5 gouttes d'acide chlorhydrique dilué avant le repas. Le fer doit être pris 3 mois. Dans les cas graves, le repos au lit est un puissant auxiliaire de la médication. J. B.

IV. — Hayem préconise : 1° le repos au lit, suffisamment prolongé, pour empêcher la destruction trop rapide des globules rouges; le repos au lit, en outre, combat la neurasthénie si fréquemment associée, il permet de supprimer le corset; 2° un régime approprié : au début, viande crue et légumes; plus tard, œufs peu cuits, poisson maigre, légumes verts, compotes; plus tard enfin, pain. Hayem n'emploie pas le fer quand il y a une gastropathie ; 3° il préconise le protoxalate de fer. H. L.

La théobromine, par HUCHARD (*Société de thérap.*, *8 janvier 1896*).

La théobromine, à condition de se servir de la théobromine cristallisée, est un diurétique des plus fidèles, à la dose de 3 à 5 grammes par vingt-quatre heures. L'effet est rapide, la diurèse arrive dès le premier jour, atteignant facilement 4 à 5 litres d'urine. Ce médicament exalte l'action rénale sans altérer l'épithélium et ce n'est qu'exceptionnellement qu'on constate, alors même que le rein est malade, une augmentation passagère de l'albuminurie, augmentation probablement due à la résorption des œdèmes et de l'ascite.

H. conseille la théobromine dans les scléroses cardiaques et rénales, les cardiopathies et les néphrites; il la conseille aussi dans les maladies infectieuses ou toxiques, pour faciliter la dépuration urinaire.

Il n'y a pas à craindre d'accumulation dans l'organisme, à ces doses de 3 à 5 grammes, la théobromine n'étant pas toxique. A. CARTAZ.

Ueber Amygdophenin, ein neues Antirheumaticum, par R. STUEVE (*Cent. für inn. Med.*, *46*, *1895*).

L'amygdophénine, dérivé du paramidophénol, est une poudre cristalline, d'un blanc gris, peu soluble dans l'eau. S. l'a employée chez 20 rhumatisants; 11 atteints de rhumatisme fébrile ont obtenu, sauf 4, une amélioration très nette ; en quatre à six jours, la fièvre et la tuméfaction articulaire ont cédé; chez 9 rhumatisants apyrétiques, les résultats ont été également bons, sauf 1 cas. La dose variait de 4 à 6 grammes.

Comme antipyrétique, à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme, et comme antinévralgique, l'amygdophénine ne donne pas de résultats bien nets. A. CARTAZ.

Arthritische Diathese, Migräne und Salophen (Diathèse arthritique, migraine et salophène), par CLAUS (*Therap. Monatsh.*, *n° 11*, *p. 598*, *1895*).

Le salophène, qui donne de bons résultats dans le traitement de la goutte, du rhumatisme articulaire aigu et de différentes affections arthritiques, réussit aussi dans la migraine. L'auteur l'a employé à la dose de un gramme à la fois au début de l'accès, en prescrivant un second gramme deux heures après, si la migraine n'avait pas disparu. Il pense que le salophène doit être expérimenté dans le diabète et dans la chorée.

PAUL TISSIER.

Sur l'action antithermique supposée des badigeonnages de spartéine, par LANNOIS (*Lyon méd.*, *19 janvier 1896*).

L. combat les conclusions de Geley (*R. S. M.*, XLV, 511) et montre que les badigeonnages de spartéine n'ont aucune action sur l'abaissement de la température, soit chez des tuberculeux, soit dans trois cas d'érysipèle. Il ne s'agit donc pas, dans l'effet antithermique du gaïacol, d'une action réflexe mais d'une véritable absorption.

L'abaissement thermique, avec cette dernière substance, est du reste sensiblement le même avec les ingestions buccale, rectale, les injections sous-cutanées ou les badigeonnages.

A. CARTAZ.

Die diuretische Wirkung der Lithiumsalze (Action diurétique des sels de lithine), par Martin MENDELSOHN (*Deutsche med. Woch.*, *n° 41*, *p. 673*, *1895*).

L'action favorable de la lithine dans la goutte peut s'expliquer, soit par son pouvoir diurétique, soit par une action dissolvante propre à ses sels sur l'acide urique. Il résulte d'expériences faites que l'action diurétique est très marquée dans tous les sels de lithine; le citrate et l'acétate tiennent le premier rang ; ce dernier paraît préférable au point de vue thérapeutique en raison de la facilité avec laquelle il est supporté par les malades. On peut donner la dose de $0^{gr},10$, répétée 3 à 4 fois par jour. L'effet diurétique est aussi marqué chez l'homme sain que chez le malade. L'auteur a constaté chez un malade de 34 ans, atteint de coliques néphrétiques, que la proportion des urines aux liquides ingérés s'est élevée sous l'influence du médicament de 51 0/0 à 73 0/0.

H. DE BRINON.

Étude comparative du pouvoir antiseptique de la bile à l'état physiologique et sous l'influence des substances médicamenteuses, par J. VIEILLARD-BARON (*Thèse de Lyon*, *1895*).

La bile a un pouvoir antiseptique faible, elle entrave peu le développement des cultures microbiennes, mais atténue et modifie légèrement leurs propriétés. La bile des différentes espèces animales n'a pas le même pouvoir antiseptique. Celle des carnassiers est la plus antiseptique, celle des herbivores a un pouvoir antiseptique faible. Certains médicaments augmentent ce pouvoir antiseptique ; les meilleurs, sous ce rap-

port, sont le salicylate de soude, le salol et le sublimé. Avec J. Teissier, l'auteur donne la préférence au salicylate de soude, car il agit à la fois par un rôle mécanique en augmentant la sécrétion de la bile, par un rôle chimique, en augmentant son pouvoir antiseptique. Enfin, c'est un antithermique et un analgésique. C'est donc le médicament de choix des infections biliaires. H. FRENKEL.

Traitement de la méningite cérébro-spinale par les bains chauds, par J. VOROCHILSKI (*Gaz. hebd. méd. de la Russie mérid.*, n° 4, *1895*).

Aufrecht (*Therap. Monatshefte*, 1894, août) a guéri un malade atteint de méningite cérébro-spinale, par les bains chauds. Vorochilski en a guéri 2 à l'aide du même traitement. Il s'agissait d'un jeune homme de 29 ans et d'une jeune fille de 17, traités vainement par les autres médications. Dès le premier bain chaud, à 32° Réaumur et dix minutes de durée, il note une diminution de la céphalée et du délire, la régularisation et l'augmentation de plénitude du pouls, l'abaissement de la fièvre et l'accroissement de la diurèse. Le premier malade fut guéri après 15 bains, à raison de 2 par jour.

Vorochilski pense que ces bains agissent comme un révulsif énergique, décongestionnant les centres nerveux par afflux du sang à la périphérie.

J. B.

Ein weiterer Beitrag zur Chininbehandlung des Keuchhustens, par G.-Th. FISCHER (*Berlin. klin. Woch.*, *p. 722*, *19 août 1895*).

Fischer a employé avec succès la quinine aux doses indiquées par Baron (*R. S. M.*, XLIV, 125), dans 27 cas de coqueluche. Il conclut que, sauf exceptions, cette médication diminue notablement le nombre des quintes après 5 jours au plus ; qu'elle réussit à transformer en une bronchite bénigne, au bout d'une quinzaine, les coqueluches les plus violentes, qu'elle a une action des plus favorables sur les complications bronchopulmonaires ; qu'enfin elle stimule nettement l'appétit. (*R. S. M.*, XLVI, 192.) J. B.

L'antipyrine dans la rougeole, par LEPREVOST (*Thèse de Paris*, *1895*)

L'antipyrine a été employée chez 47 enfants, en sirop contenant 5 grammes de ce corps pour 100 grammes d'excipient et à des doses variant de 25 centigrammes à 1 gramme. Les enfants l'ont bien supportée ; elle a, dans tous ces cas, sauf 5, produit un abaissement immédiat de la température variant entre 0,5 et 2,5 ; le maximum était obtenu au bout de 2 heures ; l'antipyrine a réussi dans des cas où les bains froids avaient échoué ; de plus son action est plus prolongée. Elle ne modifie en rien le cycle thermique classique de la rougeole ou de ses complications. Elle ne modifie pas le nombre des pulsations et semble atténuer la dyspnée.

H. L.

La thoracentèse dans le traitement du pneumothorax, par GRÉSILLON (*Thèse de Paris*, *1896*).

La thoracentèse est souvent nécessaire dans le pneumothorax simple. Il faut la pratiquer lorsque le traitement médical n'a pas triomphé de la

dyspnée, surtout si le poumon du côté opposé est profondément altéré. Si le malade n'est pas soulagé par la ponction ou par les ponctions répétées, il faut installer la canule à demeure. Celle-ci serait indispensable si la thoracentèse avait été suivie d'emphysème sous-cutané très étendu (faits de Béhier, Fræntzel, Galliard); la canule à demeure permettra probablement dans tous les cas d'éviter la pleurotomie.

Dans l'hydro-pneumothorax la thoracentèse est indiquée par la dyspnée et la douleur; il faut s'abstenir si l'on n'a pas la main forcée. Si l'on intervient, il faut extraire peu de liquide, surtout dans les cas où l'on suppose l'existence d'une oblitération récente de la fistule broncho-pleurale.

Mêmes indications dans le pyo-pneumothorax non fétide. Une observation inédite de Galliard montre que les lavages de la plèvre, même pratiqués avec prudence, peuvent amener la rupture de la membrane oblitérante et la réintroduction de l'air dans la plèvre. Dans le pyo-pneumothorax fétide la pleurotomie s'impose. L. GALLIARD.

Thérapeutique des maladies des reins, par GAUCHER et GALLOIS (*In-16, Paris, 2 vol., 1896*).

Les auteurs ne se sont pas contentés d'étudier, dans cet ouvrage, le traitement des affections rénales. Ils ont exposé d'abord, d'une façon complète, la pathogénie et la symptomatologie des néphrites et des principales maladies du rein.

Voici, d'après eux, la classification rationnelle des néphrites :

A) Néphrite diathésique : néphrite interstitielle chronique primitive ;

B) Néphrites dues à l'élimination des substances toxiques (minérales, végétales, animales, c'est-à-dire résultant de l'auto-intoxication) : gros rein primitif; néphrite goutteuse ;

C) Néphrites par irritation des canaux excréteurs : pyélo-néphrite calculeuse.

Dans le traitement des néphrites, le médecin se propose : 1° d'écarter les causes ; 2° de réparer les lésions ; 3° de combattre les conséquences.

L'hygiène des brightiques fait l'objet d'une étude consciencieuse : régime lacté absolu, régime lacté mixte, régime carné, régime végétal, boissons. A propos des eaux minérales, Gaucher et Gallois déclarent qu'elles sont plus efficaces contre les formes chroniques à faible albuminurie que contre le gros rein blanc ; encore n'agissent-elles pas tant sur la lésion rénale elle-même que sur les altérations gastriques et les troubles de la nutrition qui occupent une si grande place dans son étiologie. Il faut recommander aux brightiques la vie à la campagne. Les climats tempérés et secs sont convenables ; éviter non seulement le froid, mais la grande chaleur qui exagère les sudations et ralentit les échanges nutritifs.

Le traitement *curatif* des néphrites se réduit à peu de chose. Le traitement *symptomatique* est mieux connu ; pour ce qui concerne l'albuminurie, que plusieurs médicaments peuvent faire disparaître, le seul spécifique est le lait.

Le traitement des lithiases acides (urique, oxalique) ne doit pas être confondu avec celui des lithiases alcalines, lesquelles résultent ordinairement de désordres locaux des voies urinaires et peuvent être consécutives aux abus thérapeutiques. Après le traitement des complications de la lithiase, après celui des néphropathies syphilitique et tuberculeuse, l'étude de l'hémoglobinurie et du rein mobile complètent heureusement l'excellent ouvrage de Gaucher et Gallois. L. GALLIARD.

Subcutane Injectionen des liquor arsenicalis Fowleri, par W. KERNIG (*Zeitschr. f. klin. Med.*, *XXVIII*, *p. 270*).

Kernig a étudié dans 35 cas d'anémies graves de causes très variées (anémie posttyphoïde, par ulcus rotundum, par cancer, par tuberculose, par botriocéphale, catarrhe intestinal, néphrite) les injections sous-cutanées de liqueur de Fowler additionnée de deux fois son poids d'eau. K. injecte chaque jour une demi-seringue de cette solution. Les résultats ont été très remarquables chez plus du tiers des malades. La méthode est des plus précieuses en cas d'intolérance gastrique. A.-F. PLICQUE.

I. — Die Haltlosigkeit der kritischen Bemerkungen des Herns Petersen....., par EMMERICH et SCHOLL (*Deutsche med. Woch.*, *n° 24*, *p. 378*, *1895*).

II. — Zur thatsächlichen Berichtigung in Sachen des Krebsheilserums, par Walther PETERSEN (*Ibid.*, *n° 27*, *p. 429*, *1895*).

III. — Zur Krebsbehandlung mit Erysipelserum, par P. BRUNS (*Ibid.*, *n° 27*, *p. 428*, *1895*).

I. — Les critiques de Petersen portaient principalement sur l'expression de *sérum curateur* du cancer employée par Emmerich et Scholl et sur leur précipitation à annoncer leur découverte.

Emmerich et Scholl répondent que lorsqu'un médicament est capable de faire diminuer de 12 centimètres une tumeur carcinomateuse inopérable, lorsque ce résultat obtenu en 4 semaines, se maintient encore six semaines après le traitement, lorsqu'on voit sur le même sujet, les noyaux cancéreux voisins non traités, augmenter de volume, on est en droit d'affirmer qu'on possède un moyen curateur.

Ils rappellent que leur communication au Congrès de chirurgie a été précédée d'une série de recherches qui ont duré plusieurs années et qui ont eu pour but d'étudier l'influence de l'érysipèle sur le charbon, sur la tuberculose et sur les tumeurs carcinomateuses des animaux. Ce n'est qu'après avoir constaté l'influence de l'érysipèle sur ces maladies virulentes et après avoir, pendant une année entière, recherché la méthode de production d'un sérum érysipélateux actif qu'ils se sont décidés à tenter des expériences sur les malades.

II. — P. se défend d'avoir montré sous un faux jour les expériences d'Emmerich et Scholl. Il avait émis l'hypothèse que l'influence heureuse de l'érysipèle sur les tumeurs de nature non carcinomateuse, était due en grande partie à la fièvre. E. et S. se sont contentés de nier cette hypothèse dont la réalité est établie par une observation de Fischer sur le typhus.

III. — Emmerich et Scholl avaient accusé Bruns d'avoir laissé infecter le sérum qu'ils lui avaient envoyé. Bruns répond que nombre de flacons envoyés se sont troublés peu après leur réception bien qu'ils n'aient pas été débouchés; ces flacons, examinés par Henke, renfermaient des coccus en chaînettes qui, inoculés à l'oreille d'un lapin, ont donné une rougeur érysipélateuse avec gonflement. Il n'est donc pas étonnant qu'entre les mains de Bruns comme entre celles d'Angerer le sérum ait donné naissance à de véritables érysipèles avec température de 40°.

Bruns n'a eu que des inconvénients et pas une seule apparence de guérison. Il rappelle, d'ailleurs, que la seule malade prétendue guérie par Emmerich et Scholl est morte de cachexie cancéreuse un mois après leur publication. (Voy. *R. S. M.*, XLVI, 492.) H. DE BRINON.

Trois cas d'acromégalie traités par des tablettes de corps pituitaire, par MARINESCO (*Soc. méd. des hôp.*, *8 novembre 1895*).

Marinesco a traité trois cas bien déterminés d'acromégalie par l'ingestion de tablettes de corps pituitaire de mouton ; rapidement, chez le premier malade, la céphalalgie, parfois atroce, a diminué et le retour de la céphalalgie a toujours correspondu avec la suppression passagère du traitement ; chez le second malade, la céphalalgie, les douleurs des membres, les paresthésies des mains diminuèrent et les parties molles sont moins tuméfiées. Chez le 3e malade, les résultats ont été nuls ; c'était un diabétique. H. L.

HYGIÈNE.

I. — Ueber die Einwirkung des Höhenklimas auf die Zusammensetzung des Blutes, par E. GRAWITZ (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 33*, *p. 713 et n° 34*, *p. 740*, *19 et 26 août 1895*).

II. — Bergfahrten und Luftfahrten in ihrem Einfluss auf den menschlichen Organismus, par J. LAZARUS (*Ibidem*, *n° 31*, *p. 672 et n° 32*, *p. 702*, *5 et 12 août 1895*).

III. — Discussion de la Société médicale de Berlin (*Ibid.*, *n° 34, p. 748*).

I. — A la suite des recherches de P. Bert (*R. S. M.*, XXI, 420), montrant que le sang des animaux vivant dans les lieux élevés a une capacité plus grande d'absorption pour l'oxygène, tous les observateurs ont vérifié le phénomène de l'augmentation du chiffre des hématies dans les altitudes et sont unanimes à l'expliquer comme résultant d'une stimulation des organes hématopoiétiques destinée à contrebalancer le déficit d'absorption d'oxygène, conséquence de la moindre tension de ce gaz.

Marie (*R. S. M.*, XLVI, 159) et Reinert (*Münchener med. Woch.*, 1895, nº 15) ont étendu la même explication à l'hyperglobulie des cardiaques (*R. S. M.*, XLVII, 23 et 145).

Grawitz objecte que l'accroissement numérique des globules rouges ne se rencontre pas dans toutes les affections dyspnéiques, en particulier quand les poumons sont comprimés par un épanchement pleural ; que, malgré la prétendue excitation de l'hématopoièse, on n'a noté ni globules à noyaux, ni leucocytose. Enfin, principale objection : comment expliquer ainsi la diminution tout aussi rapide du nombre des hématies dès le retour en plaine, sans le moindre trouble de l'organisme ? Comment la disparition, la destruction d'une aussi grande quantité de globules sanguins pourrait-elle s'effectuer sans ictère, sans hémoglobinurie ?

Pour Grawitz, la seule explication possible d'un phénomène dûment constaté par tous gît dans l'augmentation de la concentration du sang amenée par l'exagération des pertes aqueuses pulmonaires et cutanées, conséquence elle-même de la sécheresse de l'atmosphère dans les hautes altitudes. On reconnaît déjà les effets de cet air sec, dans la dessiccation de la peau et des muqueuses, dans les gerçures de l'épiderme et des lèvres, dans la soif, dans la cessation des sueurs des phtisiques et dans la plus grande concentration des urines malgré l'ingestion de boissons plus abondantes.

Grawitz s'est d'ailleurs assuré de la réalité de cette concentration du sang sur des lapins séjournant dans une atmosphère raréfiée. Comme les hématies mêmes perdent une partie de leur eau, on note de la microcytose.

L'hyperglobulie des pays chauds, signalée par Marestang (*R. S. M.*, XXXVI, 550) est passible d'une interprétation identique ; il s'agit là aussi d'une simple concentration du sang provoquée par l'accroissement des évaporations respiratoire et tégumentaire.

Quand aux effets de l'altitude se joignent ceux des fatigues de l'ascension, la concentration du sang est encore augmentée, comme l'ont établi Zuntz et Schumburg (*Deutsche militarärztl. Zeitsch.*, 1895) sur des soldats chargés en marche pendant l'été.

II. — De Saussure, Humboldt, Ulloa, Tschudi, Acosta, etc., ont éprouvé, dans leurs ascensions, le mal des montagnes auquel ont échappé d'Orbigny, Boussingault, Schlagintweit, etc. De même Gross et Berson ont fait deux ascensions consécutives en ballon ; tandis que dans la première, ils éprouvaient du malaise et des palpitations dès la hauteur de 4,000 mètres, de la cyanose, des nausées et de l'incapacité de tout mouvement, à 7,000 ; dans la seconde, ils parvenaient à l'altitude de 9,100 mètres et ne ressentaient pas la moindre incommodité en dépit du froid de — 50°. D'autre part, Kronecker et Sahli, exécutant une ascension en montagne, sans fatigue, à l'aide de porteurs, offrirent cependant les symptômes du mal des altitudes.

Lazarus estime que les résultats expérimentaux sont incapables d'expliquer ces faits contradictoires et qu'à côté des facteurs physiologiques, physiques et chimiques, il faut faire la part de l'élément psychique et de son influence sur les centres vaso-moteurs ; on n'ignore pas par exemple, que peu de médecins sont aptes à se tater le pouls. Lazarus est d'avis

que dans les ascensions aérostatiques, 30 minutes doivent être considérées comme le temps minimum pour atteindre les premiers 4,000 mètres de hauteur ; dans les ascensions en ballon à des altitudes supérieures, interviennent, outre cette question de temps des troubles chimiques et mécaniques de la respiration, auxquels remédient les inhalations d'oxygène.

III. — Zuntz pense, comme Grawitz, que la raréfaction modérée de l'atmosphère, telle qu'elle se rencontre à l'altitude d'Arosa (*R. S. M.*, XLIII, 507, XLIV, 142) ne peut être invoquée comme excitant de l'hématopoièse, parce qu'alors la teneur du sang en oxygène n'a encore subi aucune diminution. Mais la nouvelle explication de Grawitz ne satisfait pas non plus entièrement Zuntz. En effet, l'hyperglobulie, qui s'élève à 20 ou 25 0/0 exigerait une évaporation d'un cinquième de sérum et la réduction de 5 litres à 4 de la masse sanguine. En raison des échanges osmotiques continus entre le sang et les liquides de tous les tissus, la concentration ne se ferait pas sentir uniquement sur le sang ; le corps devrait perdre 7 à 8 kilogrammes de son eau; or, les pesées ne montrent rien de semblable. D'après Zuntz, si l'on n'admet pas une néoformation d'hématies, contre laquelle se dressent maintes objections, il faut supposer que de très grandes quantités de plasma sortent du sang pour entrer dans les lymphatiques ou, ce que tendent à démontrer les expériences de Cohnstein et Zuntz (*R. S. M.*, XXIII, 23) que les proportions réciproques des globules et du plasma oscillent dans des limites assez étendues sous l'influence d'états variables de la contraction des petites artères puisque dans le territoire des capillaires, de vastes espaces, tantôt ne contiennent presque que du plasma, tantôt sont gorgés d'hématies.

Gross explique les sensations différentes de ses deux ascensions aérostatiques avec Besson, par le fait que, dans la première, ils s'étaient tous deux fatigués.

Lœwy qui accepte, avec Lazarus, la part du facteur psychique dans les phénomènes d'intolérance dus à l'air raréfié, se demande comment il il agit ? Pour lui, c'est en influençant la respiration. Le type respiratoire varie suivant les individus. Certains respirent fréquemment et superficiellement, aérant insuffisamment leurs poumons; les autres respirent plus lentement mais plus profondément et ventilent ainsi mieux leurs poumons. L'apport d'oxygène aux tissus ne dépend pas directement de l'oxygène atmosphérique, mais de sa tension intra-alvéolaire, laquelle n'a aucun rapport fixe avec la tension de l'oxygène dans l'air ambiant. Malgré la constance de celle-ci, la première peut osciller dans des limites étendues selon le mode de respiration et, inversement, elle peut rester constante, malgré des modifications considérables dans la teneur en oxygène du milieu ambiant. Si les respirations sont peu profondes, la tension de l'oxygène dans les alvéoles pulmonaires est faible, d'où intolérance, parce que le manque d'oxygène se fait plus vite sentir que chez les individus qui ventilent mieux leurs poumons.

Quant à l'influence des travaux entrepris dans une atmosphère raréfiée il faut faire une distinction fondamentale entre ceux favorables à des respirations profondes (ergostat), et partant nullement nuisibles, et ceux qui nécessitent une attitude s'opposant à l'amplification des poumons (posture courbée, soulèvement de sacs de lest (*R. S. M.*, II, 554 ; III, 72 ; IV,

439; VI, 34, 35 et 254; VII, 36; XI, 471; XXII, 431; XXIV, 26; XXVII, 427; XXXIX, 39; XLI, 424; XLIII, 508 et XLIV, 141). J. B.

Études sur la distribution de la tuberculose en Norvège, par K.-F. ANDVORD (*Norsk Magazin, décembre 1895*).

Dans la période de 1887-1891, un peu plus du tiers des tuberculoses, au-dessous de 15 ans, sont des phtisies pulmonaires. Entre la tuberculose pulmonaire et la méningite tuberculeuse et la scrofulose, il y a une connexité remarquable : la proportion entre celles-ci et celle-là reste assez constamment entre les limites 3,0 : 1 et 4,5 : 1.

La nature du sol n'a que peu d'influence sur la fréquence de la tuberculose, tandis que les conditions météorologiques manifestent leur action en ce qu'un haut degré hygrométrique et les variations brusques et irrégulières de la température règnent de préférence dans les régions où la tuberculose est plus fréquente.

La fréquence de la tuberculose en Norvège, prise en bloc, est de 1 à 6 0/00 du nombre des vivants. La mortalité par tuberculose suit de très près la courbe générale de la mortalité suivant les âges. H. FRENKEL.

Deux cas familiaux de tuberculose aspergillaire simple chez des peigneurs de cheveux, par RÉNON (*Gaz. hebd. Paris, 16 novembre 1895*).

Une famille de trois personnes (père, mère et fils) avait pour industrie de démêler et classer par couleur, grosseur et longueur les cheveux achetés aux chiffonniers. Pour faciliter ce travail, on recouvre souvent les cheveux de farine de seigle. Dans l'habitation de cette famille, les oiseaux (serins, chardonnerets, passereaux) ne vivaient que deux ou trois semaines ; les chiens, trois mois ; les chats seuls résistaient.

Le père, âgé de 37 ans, tousse depuis 13 ans ; le début de sa maladie a été marqué par des hémoptysies ; il présente des signes cavitaires qui paraissent en voie de guérison. Pas de bacilles de Koch dans les crachats (examens nombreux), qui contiennent de l'aspergillus fumigatus.

La mère, âgée de 40 ans, tousse depuis 13 ans ; chez elle aussi, le début a eu lieu par hémoptysies ; les symptômes pulmonaires sont moins avancés. Mêmes constatations pour les crachats que chez son mari.

Les poussières de l'appartement contenaient l'aspergillus fumigatus, que l'on retrouvait aussi dans la farine de seigle, mais non sur les cheveux bruts. Les poussières étaient pathogènes pour les pigeons (tuberculose aspergillaire).

Il est donc vraisemblable que l'infection s'est faite par la farine de seigle, qui elle-même se trouve contaminée par les graines, sur lesquelles les spores ont, comme on sait, leur habitat de prédilection. LEFLAIVE.

I. — Choleradesinfektionsversuche mit Formalin, par FREYMUTH (*Deutsche med. Woch., 1894, et Hyg. Rundsch., V, n° 13, p. 624, 1er juillet 1895*).

II. — Versuche über die Desinfektion der städtischen Abwasser mit Schwefelsäure' par M. IVANOFF (*Zeitschr. f. Hyg. und Infekt., XV, et Hyg. Rundsch., V, n° 14, p. 664, 15 juillet 1895*).

I. — En ce qui concerne le choléra, la formaline est un désinfectant d'importance secondaire. Si la formaline tue rapidement les bacilles cholé-

riques en cultures pures, elle n'est pas plus efficace à cet égard que la simple dessication. Dans les selles humides, les bacilles conservent plusieurs heures leur virulence, alors même que l'accès de la formaline est facile, et ils résistent plus d'un jour à ses vapeurs, quand elles doivent traverser une couche un peu épaisse avant d'arriver sur les points infectés.

La formaline peut être employée à la désinfection des vêtements et des pièces de literie, mais les objets doivent rester en contact au moins vingt-quatre heures avec la formaline.

La formaline est impropre à la désinfection des pièces de literie volumineuses et des fourrures. La désinfection par la vapeur est infiniment supérieure à celle par la formaline, qui ne saurait la remplacer. Celle-ci, toutefois, peut être recommandée pour assainir les vêtements, rideaux, tapis, objets en cuir, papiers et livres que la vapeur endommage, mais toujours à la condition qu'il n'y ait pas urgence à agir rapidement.

II. — Partant des expériences de Stutzer (*R. S. M.*, XLIV, 145), sur les propriétés microbicides de l'acide sulfurique à l'égard des bacilles cholériques, Ivanoff a examiné son pouvoir désinfectant sur les eaux d'égout contenant le bacille en virgule de Koch.

Il a constaté que, tandis que les eaux d'égout de Berlin, très diluées par des eaux ménagères et autres, étaient désinfectées en un quart d'heure, à l'aide de 0,04 0/0 d'acide, les eaux d'égout de Potsdam, qui sont très concentrées, exigeaient une dose de 0,08 0/0 d'acide sulfurique pour que leurs bacilles cholériques fussent tués en quinze minutes.

Après la chaux, c'est l'acide sulfurique qui constitue le désinfectant le plus économique. J. B.

Recherches sur la valeur comparative de quelques agents de désinfection : sublimé, aldéhyde formique, acide chlorhydrique, par H. FOLEY (*Thèse de Lyon*, *1895*).

Le spray de sublimé ne détruit tous les germes des poussières que sur les surfaces lisses, peintes ou vernies ; sur les parois inégales ou absorbantes (papiers, murs nus), il ne détruit que les 2/3 environ des germes ; sur les planchers, enfin, les 3/4 des bactéries échappent à son action.

L'aldéhyde formique, à l'état de vapeurs dégagées par des appareils spéciaux, permettra d'obtenir des résultats absolus ; de plus, le formol est inoffensif pour les objets les plus divers ; mais on manque encore d'appareils générateurs de formol suffisamment puissants.

Pour les locaux où l'on n'a pas de détériorations à craindre, les vapeurs d'acide chlorhydrique du commerce constituent un moyen d'épuration qui mérite d'entrer dans la pratique. H. FRENKEL.

Statistique de l'Institut antirabique municipal de Turin, par BORDONE-UFFREDUZZI (*Annales de l'Institut Pasteur*, *n° 10*, *p. 771*, *1895*).

Sur 2,207 personnes traitées de 1886 à 1894 la mortalité a été de 21 soit 0,95 0/0. En 1893, sur 222 traitées, aucun décès ; en 1894, sur 247 traitées, 2 morts.

L'alcool produit sur le virus rabique une atténuation progressive mais lente, de sorte que ce liquide peut servir, à défaut de glycérine à la con-

servation de moelles rabiques. La congélation ne détruit pas, mais conserve le virus rabique.

Il existe une forme de rage atténuée, fausse rage, qui peut guérir spontanément. Elle se développe chez les personnes soumises au traitement Pasteur, lorsque le traitement préventif n'a pu agir d'une façon complète. La rage peut atteindre un degré élevé de gravité (rage paralytique et même furieuse) et guérir cependant comme en témoigne un fait relaté par l'auteur. PAUL TISSIER.

De la transmission de la scarlatine par l'intermédiaire d'une lettre, par GRASSET (de Riom) (*Annales d'hyg. publ., 3e série, XXXIV, p. 143, août 1895*).

Enfant de 2 ans, habitant une maison complètement isolée; aucun cas de scarlatine depuis de nombreuses années, ni dans la commune, ni dans les environs. Chez lui, la maladie fut d'intensité moyenne et guérit sans complication; la desquamation commença le 6e jour.

La sœur du petit malade, âgée de 9 ans, se trouvait, depuis 6 mois, chez ses grands-parents, à une quarantaine de kilomètres de distance. Là, dans les premiers jours de novembre, elle avait été atteinte de scarlatine, ainsi que d'autres enfants fréquentant l'école.

Les parents du garçonnet n'étaient pas allés voir leur fille; mais le 21 novembre, ils avaient reçu des grands-parents une lettre annonçant que la fillette avait été atteinte d'une scarlatine grave et pelait comme un serpent, et, pour montrer l'étrangeté du phénomène, ils avaient inséré dans leur lettre trois fragments de peau provenant de cette desquamation; l'un d'eux avait 4 centimètres de diamètre et les deux autres avaient 2 centimètres. Cette lettre a été laissée entre les mains du petit garçon avec les lambeaux épidermiques qu'elle renfermait encore; l'enfant a présenté le premier malaise 6 jours et demi après la réception de la lettre, et l'éruption 13 heures plus tard; la durée de l'incubation ne peut être précisée puisque la lettre est restée tout le temps entre les mains de l'enfant. J. B.

Note sur les microbes existant à la surface des pièces de monnaie, par H. VINCENT (*Revue d'hyg., XVII, p. 693, août 1895*).

Il résulte des expériences de Vincent que la surface des pièces de monnaie recèle parfois des microbes saprophytes ou pathogènes; parmi ces derniers, les plus fréquents sont ceux de la suppuration. Exceptionnellement, on y rencontre les bacilles tétaniques, tuberculeux, le vibrion septique, etc. Les microbes ainsi déposés sur les monnaies n'y ont qu'une vie éphémère car ces pièces métalliques les détruisent avec une rapidité d'autant plus grande que la température est plus élevée. Le pouvoir antiseptique de l'or est faible; celui du bronze et surtout celui de l'argent sont beaucoup plus marqués.

A froid, les bacilles d'Eberth et de Friedlænder sont tués en moins de 18 heures par l'argent et le bronze; le bacille pyocyanique, celui de la diarrhée verte, en moins de 28 heures. A la température de 36° (celle de nos poches de vêtements) les bacilles typhoïdique, diphtérique, pyocyanique et le streptocoque sont détruits en moins de 6 heures par les pièces d'argent et de bronze.

Le bacille de Lœffler et les staphylocoques pyogènes blanc et doré sont les plus résistants avec le bacille tétanique. A froid, le bacille de la diph-

térie n'est tué qu'au bout de 3 jours par l'argent et de 6 par le bronze; mais il perd sa virulence déjà au bout de 48 heures sur l'argent et de 4 jours sur les pièces de cuivre. Avant de périr, le staphylocoque doré s'atténue et devient incapable de développer la suppuration après 2 jours de contact avec les pièces de bronze.

La salive est stérilisée à 22° en 24 heures lorsqu'on l'a déposée sur des pièces d'argent et de bronze et en 40 heures sur l'or.

Au bout de 12 heures, le pus des staphylocoques n'est plus virulent à 36° sur l'or. J. B.

La main du gantier, par LAYRAL (*Loire méd., 15 octobre 1895*).

La main du gantier présente des difformités caractéristiques et appartenant en propre à cette catégorie d'artisans; elles sont produites par les opérations du dolage et du coupage des peaux. Ces difformités consistent en callosités ou durillons qui sont ainsi réparties d'une façon constante. Face palmaire de la main droite: au niveau du pli articulaire du pouce. Au niveau de l'espace qui sépare l'index du médius. Près du sommet de la pulpe de l'index.

Face palmaire de la main gauche: au niveau des éminences thénar et hypothénar. Au niveau du bord radial du pouce, à la face dorsale. Au niveau de l'interligne articulaire de la phalange et de la phalangine du petit doigt.

On note encore d'autres callosités sur différents points de la main, mais elles ne sont ni constantes ni propres au gantier. OZENNE.

I. — Jähresberichte der preussischen..... für 1894 (*Hyg. Rundsch., V, n° 19, p. 905*).

II. — Étude sur les blessures simulées dans l'industrie, par Henri GIRAUD (*Thèse de Paris, 1895*).

III. — Der Staub in gewerblichen Betriebun, par JEHLE (*Deutsche Viertelj. f. öff. Gesundh., XXVII, p. 260*).

IV — Quantitative Staubbestimmungen....., par C. ARENS (*Arch. f. Hyg., XXI*).

V. — Étude clinique sur les brûlures causées par l'électricité industrielle, par Carlos DE OLIVEIRA NERY (*Thèse de Paris, 1895*).

VI. — Zur Kasuistik der Caissonkrankheit, par Philipp SILBERSTERN (*Wiener med. Woch., 1895*).

VII — État de santé des égoutiers de Londres, par Francis STEVENS (*Deutsche Viertelj. f. öff. Gesundh., XXVII, p. 404*).

VIII. — Hygiène des pareurs....., par BRIQUET (*Journal de méd. et de chir. prat. avril 1895*).

IX. — Die Gesundheitsverhaeltniss der Ziegelarbeiter, par H. BERGER (*Deutsche Viertelj. f. öff. Gesundh., XXVII, p. 183*).

X. — Ueber Veraenderungen der Lunge bei Steinmetzen, par Arno BECK (*Viertelj. f. gericht. Med., 3e série, X, p. 351, octobre 1895*).

XI. — Salztaub als Ursache des Ulcus perforans septi narium, par Paul MÜLLER (*Ibid, p. 381*).

XII. — **Rapport sur l'intoxication saturnine à Paris, de 1890 à 1893, par Armand GAUTIER** (*C. R. Conseil de salubr. de la Seine, I, nos 8 et 9, p. 116 et 144*).

XIII. — **Tableau par profession du nombre des saturnins hospitalisés ou morts à Paris, de 1890 à 1893, par BEZANÇON** (*Ann. d'hyg. publ., p. 250, mars 1895*).

XIV. — **Ueber die Bleivergiftung der Maler Austreicher und Lackirer....., par STUELER** (*Deutsche Viertelj. f. öff. Gesund., XXVII, p. 661*).

XV. — **Ueber giftreis Bleiweiss, par K.-B. LEHMANN** (*Hyg. Rundsch., V, n° 21*).

XVI. — **Intoxication saturnine des ouvriers qui travaillent au poudrage dans la lithographie céramique, par NAPIAS** (*Revue d'hyg., XXII, n° 4, p. 289*).

XVII. — **De la nocuité de la poussière de scorie de déphosphoration, par ATTIMONT** (*Ibid., janvier et février 1895*).

XVIII. — **Avis de la Commission médicale suisse sur la fabrication des allumettes phosphoriques** (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte, n° 5, p. 155, 1er mars 1895*).

XIX. — **Arrêté royal belge réglementant le travail dans les fabriques d'allumettes chimiques** (*Mouvem. hygiénique, XI, p. 122*).

XX. — **Des troubles intellectuels dans l'intoxication professionnelle par le sulfure de carbone, par E. MARANDON DE MONTYEL** (*Ann. d'hyg. publ., avril 1895*).

XXI. — **Ueber einen Magenstein, par Paul MANASSE** (*Berlin. klin. Woch., 19 août 1895*).

XXII. — **Ueber den Einfluss der Nähmaschinenarbeit auf die weiblechen Genitalorgane, par A. GUTZMANN** (*Thèse de Berlin, 1895*).

XXIII. — **Étude sur l'artérite fémorale des bourreliers, par F. GUICHARD** (*Thèse de Lyon, 1894, et Revue d'hyg., XXII, p. 326*).

XXIV. — **Affection professionnelle des trayeurs, par Georg LEWIN** (*Berlin. klin. Woch., 12 août 1895*).

XXV. — **Beschäftigenskramp in Form von Athelose in rechten Beine eines Webers, par Max EDEL** (*Ibid., 11 novembre 1895*).

XXVI. — **Note sur les ouvriers employés dans les raffineries de pétrole, par BRÉMOND** (*Revue d'hyg., XVII, n° 2, p. 166*).

XXVII. — **Ueber Blasentumoren bei Fuchsinarbeitern, par REHN** (*Berlin. klin. Woch., 29 juillet 1895*).

XXVIII. — **Beitrag zur Kenntniss der Compressionfracturen des oberen Endes der Tibia, par E. ALBERS** (*Ibid., 17 décembre 1894*).

XXIX. — **Ueber einem Fall von tödlich verlaufendem Laboratoriumsmilzbrand, par Armin HUBER** (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 3, p. 87, 1er février 1895*).

XXX. — **Ueber einer Fall von Milzbrand beim Menschen, par HITZIG** (*Ibidem*).

XXXI. — **Rapport sur un cas de pustule maligne, par PROUST** (*C.-R. Conseil de salubr. de la Seine, I, n° 2, p. 10*).

XXXII. — **Rapport du Conseil supérieur d'hygiène de Belgique sur l'infection charbonneuse dans les fabriques de brosses** (*Mouvem. hygiénique, XI, p. 320*).

XXXIII. — **Die Hadernkrankheit....., par H. EPPINGER** (*Iéna, 1894 et Hyg. Rundsch., V, n° 15, p. 694*).

XXXIV. — Rapport sur un cas de morve suivi de décès, par LANCEREAUX (*C. R. Conseil salubr. de la Seine, I, n° 10, p. 167*).

I. — En 1894, les inspecteurs des fabriques, en Prusse, ont fait 43,842 visites dans 28,394 établissements, occupant 1,284,652 ouvriers. Ils ont relevé 67,878 accidents, dont environ 650 mortels.

Eclairage électrique. Un ouvrier ayant touché mal à propos une lampe à arc a été tué par le courant.

Saturnisme. La fabrication des *accumulateurs électriques* fournit un chiffre effroyablement élevé de coliques de plomb. *Céruseries.* Une fabrique de céruse de la circonscription de Breslau, malgré son excellente installation, a compté, sur ses 56 ouvriers, en 1893, 40 saturnins, et en 1894, 30 coliques et 6 catarrhes gastriques. A Wiesbaden, on a noté des cas multiples de coliques. La circonscription de Coblentz possède deux céruseries; la plus petite n'a présenté aucun malade, tandis que l'autre a eu 14 saturnins parmi ses 144 ouvriers; à Dusseldorf, sur les 24 malades d'une céruserie, il y avait 10 saturnins; à Cologne, tandis que les céruseries offrant une installation hygiénique sont restées indemnes, plusieurs faits de saturnisme se sont produits dans les autres.

Chromateurs. On signale des blépharites parmi ces ouvriers.

Nécrose phosphorée. Aucun cas dans les fabriques d'allumettes des circonscriptions d'Erfurt, de Dusseldorf et de Cassel (ces dernières sont l'objet d'une inspection médicale mensuelle), tandis que celles de Liegnitz et de Slesvig en ont eu chacun un.

Hydrogène arsenié. Le rapport mentionne 3 décès dans les usines de produits chimiques, dus à l'inhalation de ce gaz.

Briquettes de houille. On a observé des ophtalmies et des dermatites crustacées chez les ouvriers.

Phosphates pour engrais. Hémoptysies par inhalation des vapeurs.

Sucreries. Un ouvrier a succombé à une intoxication par l'acide carbonique dégagé d'un récipient de chaux éteinte.

Charbon. Plusieurs cas sont survenus dans des fabriques de pinceaux en soies de porc, ainsi que chez des brossiers et des filateurs de crins de cheval.

Tuberculine. Un ouvrier du laboratoire de préparation de ce produit, à Wiesbaden, a été longtemps malade des suites d'une infection par la tuberculine.

II. — A Lille, on compte 158,20 accidents pour 10,000 ouvriers employés pendant un an et les blessures simulées forment environ 18 0/0 des blessures en général.

III. — L'état microscopique des poussières de l'industrie permet de les répartir en 4 sortes : 1° poussières molles et fines dont les particules ne peuvent blesser les tissus; 2° poussières à particules anguleuses acérées, dentelées, qui pénètrent dans les voies respiratoires; elles peuvent être minérales, métalliques, végétales ou animales; 3° poussières agissant chimiquement; 4° poussières contenant des microbes. Dans les fonderies, ateliers de tournage sur métaux et de polissage d'aiguilles, les poussières métalliques sont tortillées en copeaux offrant des crochets pointus ou découpés en franges; la poussière de bronze affecte la forme de harpons; celle de plomb a une configuration beaucoup moins dange-

reuse. La poussière de granit renferme des éléments quartzeux à vives arêtes, comme le quartz concassé, tandis que les molécules du sable sont généralement arrondies. Parmi les poussières d'origine animale, celle de nacre est acérée. La poussière de bois irrite les muqueuses, à cause des bords pointus frangés et enroulés de ses particules. Les fibres de soie sont molles et lisses, celles du crin de cheval, rugueuses. Mais les fibres textiles les plus déformées sont celles du jute, dont la poussière contient des piquants provenant de l'épiderme et des cellules du parenchyme.

La quantité de poussières varie beaucoup suivant les industries. Dans un mètre cube d'espace, on en trouve 3 grammes dans les ateliers de tissage, 6 dans une fabrique de cornes, 9 dans un atelier de sculpteur, de 4 à 25 dans les papeteries, de 70 à 100 dans les fonderies de fer. Une manufacture de minium en produit 58 kilogr. par jour, une fabrique de soude, 7. Dans la fabrication du ciment, environ 0,4 0/0 des matières premières sont perdues en poussières; dans les fabriques de coton, jusqu'à 14 0/0. Dans une manufacture de tabac et une filature, l'aspiration des poussières a réduit de près de moitié le nombre des affections respiratoires. (*R. S. M.*, XLIV, 519.)

IV. — Chambre d'habitation, laboratoire, salle d'école, de 0 à 8 milligrammes de poussière par mètre cube d'espace; filature de crin de cheval, 10 milligrammes; scierie, 15 à 17; fabrique de laine artificielle, 7 à 20; moulin à farine, 22 à 28; fonderie de fer, 1,5 à 20; fabrique de ciment, 130 à 224. A l'air libre (expériences poursuivies 16 mois), 0 ^{mg} 01 à 0 ^{mg} 09 par mètre cube quand le sol est humide, et de 0 ^{mg} 09 à 2 milligrammes, quand il est sec; Arens en conclut que la richesse de l'atmosphère en poussières dépend davantage du plus ou moins d'humidité du sol que du degré de vitesse du vent.

V. — La *lumière électrique* peut provoquer sur la surface cutanée, dans certaines conditions industrielles, des accidents analogues à ceux d'une brûlure ordinaire du premier degré.

L'*électricité à haute tension*, c'est-à-dire dépassant 500 volts, provoque des brûlures à tous les degrés lorsqu'elle atteint les tissus de l'organisme, soit sous forme de courant, soit par action directe de l'arc voltaïque sur les téguments.

Les brûlures électriques, telles qu'elles se présentent dans les accidents industriels, ont des caractères cliniques propres qui les distinguent nettement des brûlures accidentelles produites par les agents autres que l'électricité. Qu'elle soit superficielle ou profonde, la brûlure électrique est dans toute son étendue du même degré, sans qu'il y ait à ses bords des brûlures progressivement moins profondes. Les brûlures électriques se caractérisent encore : 1° par l'absence de douleur, aussi bien pour les brûlures superficielles que pour les profondes; 2° par l'absence de congestion et de réaction générale de l'organisme, la brûlure électrique a une évolution apyrétique; 3° par l'absence de suppuration, lorsque ces brûlures sont rigoureusement protégées par les pansements, dès leur production, elles semblent être aseptiques. Ces signes négatifs pourraient être attribués à l'action antiseptique ou stérilisatrice de la haute chaleur développée par l'électricité sur les tissus. La cicatrisation des blessures électriques se fait vite et bien. Les complications sont exceptionnelles.

Les recherches anatomo-pathologiques n'ont pas révélé jusqu'à présent de caractères microscopiques propres aux brûlures électriques.

VI. — Observations faites pendant la construction d'une écluse dans un faubourg de Vienne. L'état du sol obligea à enfoncer les caissons d'air comprimé jusqu'à plus de 25 mètres au-dessous du niveau de l'eau, ce qui représente une surpression de 2 atmosphères 1/2 environ. Au moment de l'entrée des ouvriers, Silberston signale, outre les troubles auriculaires bien connus, un affaiblissement de tact qui se traduit par le maniement maladroit des outils. Les accidents de la sortie, beaucoup plus sérieux, débutent en général subitement dans un laps variable d'un quart d'heure à deux heures, de sorte que, souvent, les ouvriers ne sont pris que déjà rentrés chez eux. Ces accidents offrent des types variés: 1° syndrôme de Ménière; 2° douleurs dans les organes locomoteurs, sous forme de coups de couteau dans les muscles des quatre membres; la sensibilité des jointures est plus manifeste dans les mouvements qu'à la pression; 3° prédominance des phénomènes thoraciques et abdominaux, oppression, quintes de toux, cyanose, météorisme surtout épigastrique, flatulence.

Chez un ouvrier, S. a constaté à la palpation en dedans de la rotule, dans l'étendue d'un thaler, une crépitation qu'il rapporte à la présence d'air dans les mailles du tissu conjonctif.

Deux autres ouvriers se sont affaissés subitement dans la rue, par trouble de l'équilibre; ils avaient en même temps une surdité absolue des deux côtés et l'un d'eux était incapable de répondre aux questions. (*R. S. M.*, XXVII, 129.)

VII. — L'âge des égoutiers de Londres oscille entre 65 et 22 ans et la durée de leur service de 29 ans à 8 mois. Ils sont sujets à des angines bénignes, résultant des brusques changements de température auxquels ils sont exposés ; c'est à la même cause qu'il faut rapporter les affections rhumatismales, communes aussi chez eux. Stevens n'a découvert aucun cas de fièvre typhoïde ni de diphtérie. Un seul ouvrier, trop incommodé par le travail souterrain, a dû être occupé à l'air; tous les autres ont déclaré n'avoir éprouvé, en temps ordinaire, aucun mauvais effet de leur métier, alors même qu'ils y étaient tout à fait nouveaux. Quelques-uns, toutefois, se plaignaient de l'odeur de substances chimiques ou autres, et, certains, de maux de tête, lorsqu'ils avaient travaillé une journée dans les petits égouts, où ils sont contraints de se courber fortement. Le temps perdu pour maladies n'est pas plus considérable que dans les autres professions. La majorité des égoutiers ne meurt qu'à un âge avancé et ils ne cessent leur travail que quand il devient trop pénible pour eux.

VIII. — On désigne sous le nom de pareurs, dans les tissages de toile, les ouvriers chargés d'encoller le fil. Ce travail se fait dans une atmosphère pleine de vapeur d'eau et à une température variant de 35 à 45 degrés, suivant les fabriques et atteignant même souvent 50 degrés en été ; la journée de travail est de 10 ou 11 heures. Fait malaisé à expliquer, 51 0/0 des pareurs sont obèses, tandis qu'on compte à peine 5 0/0 d'obèses parmi les autres ouvriers des mêmes tissages. Les pareurs sont cependant soumis à deux causes d'amaigrissement : 1° les efforts violents et répétés, nécessaires pour soulever de lourds rouleaux ; 2° les sueurs, si abondantes, qu'ils sont forcés de travailler à peine vêtus. D'autre part,

ils sont de fort petits mangeurs et ont une nourriture très azotée, mais ils absorbent de grandes quantités de boissons, 5 litres, au moins, par jour, sous forme de tisane, de lait, de café, de bière ou d'alcool.

Pour la plupart, aussi, ils sont atteints d'hypertrophie du cœur et ont fréquemment des varices et des hémorrhoïdes. Les accidents pulmonaires aigus sont très rares, malgré les refroidissements auxquels ils sont exposés en quittant leur travail, mais un certain nombre d'entre eux ont une trachéo-bronchite chronique. Le rhumatisme est fréquent sous différentes formes : articulaire aigu, névralgie, sciatique, etc. Briquet a observé plusieurs cas de goutte aiguë. La néphrite chronique, commune chez ceux qui font des excès d'alcool est, avec l'asystolie, une des principales causes de décès. La phtisie se rencontre de préférence de 45 à 50 ans ; elle évolue en deux ou trois ans, atteignant aussi bien les ouvriers obèses que les autres et 4 ou 5 0/0 des pareurs sont phtisiques.

IX. — Observations faites dans les briqueteries à vapeur de Hanovre et de Bade. Le travail dure 14 heures, de 4 heures du matin à 8 heures du soir, avec 2 heures d'interruption. Ces briquetiers ne font aucun excès de tabac ni d'alcool, grâce aux sévères statuts de leurs sociétés de secours mutuels. Ils boivent, en général, beaucoup d'eau dont la qualité laisse à désirer, les sources étant rares dans les terrains argileux. Ils sont exposés à des blessures variées, par les machines, le feu, les explosions de chaudières ; les premières sont seules fréquentes et, présentent rien de spécial. Les causes de morbidité sont également des plus multiples : travail long et pénible, intempéries, humidité, poussières, haute température des fours, passage brusque du froid au chaud, courants d'air. Ceux qui extraient l'argile et la détrempent sont exposés aux vicissitudes atmosphériques et ont souvent les pieds dans l'eau ; ils sont sujets aux rhumatismes, surtout au lumbago et aux affections pulmonaires. Les cuiseurs, qui travaillent à une haute température, dans une atmosphère poussiéreuse, avec des courants d'air, présentent des ophtalmies, de l'eczéma, de la céphalée et du catarrhe gastrique. Les pneumoconioses des briquetiers sont la chalicose et l'anthracose. En résumé, les briquetiers n'ont pas de maladies spécifiques, mais ont une grande prédisposition à contracter des rhumatismes, des affections pulmonaires, des catarrhes gastro-intestinaux et des ophtalmies. Chez les anciens briquetiers, on constate assez souvent de l'emphysème ; quant à la tuberculose, elle n'est pas plus commune que dans d'autres professions.

X. — Si l'anthracose du poumon a suscité de nombreux travaux, il n'en est pas de même de la chalicose ou du poumon des tailleurs de pierre. Dans un mémoire accompagné de plusieurs planches, Beck expose en détail le résultat de ses études histologiques sur un cas de cette dernière affection. Lorsqu'on palpe la surface des poumons atteints de chalicose on y sent parfois des concrétions de chaux ou de silice assez proéminentes pour érafler la main. Ces calculs sont englobés au sein d'une capsule de tissu conjonctif calleux ; d'autre fois, quand il s'agit de calcaires tendres, on note conjointement ou exclusivement, comme dans le fait étudié par Beck, une hyperplasie inflammatoire chronique. Ce poumon offrait des foyers calleux, atteignant pour quelques-uns la dimension de noix ; en outre, la totalité de l'organe avait une consistance très ferme et il y avait de l'emphysème partiel. La plèvre non adhérente à la paroi tho-

racique était très épaissie et recouverte d'une coque dure, d'épaisseur variable suivant les points. L'examen microscopique révélait, à l'intérieur de l'organe, un mélange intime de particules pierreuses et de suie, autrement dit une chalicose anthracosique ; en maints endroits, les grains de suie formaient de petits cristaux. Les grosses bronches étaient épaissies dans tous leurs éléments constituants, y compris le cartilage. L'épithélium est desquamé et énormément hyperplasié ; la lumière des bronches est presque remplie de ces cellules épithéliales desquamées entre lesquelles se voient d'innombrables cellules rondes qui infiltrent aussi la muqueuse ; celle-ci forme une nappe suppurante continue ; sur un des côtés des bronches, on distingue des dépôts de poussière sous forme de taches correspondant au trajet des lymphatiques péribronchiques. Dans le parenchyme pulmonaire lui-même, l'épithélium alvéolaireest desquamé. Des masses de cellules rondes sont les unes, encore dans les parois alvéolaires, tandis qu'en majeure partie elles ramollissent le calibre des alvéoles avec l'épithélium desquamé. Ces cellules contiennent toutes des poussières, en quantité variable ; dans certaines, l'accumulation des poussières est telle qu'on ne reconnaît plus le noyau cellulaire. La lumière des alvéoles pulmonaires renferme aussi, mais plus rarement, des molécules de poussière encore libres qu'on retrouve en plus grand nombre dans les cellules épithéliales encore adhérentes aux parois alvéolaires. Les plus graves lésions siègent dans le tissu conjonctif interalvéolaire, interlobulaire et interlobaire, partout énormément épaissi par l'infiltration de cellules rondes. Les fins interstices alvéolaires sont transformés en gros cordons calleux qui compriment, par leur rétraction, le tissu pulmonaire.

Cet épaississement conjonctif est disposé, en général, sous forme de foyers ramifiés ayant à leur centre une veine ou un lymphatique. La charpente musculaire du poumon est aussi plus ou moins hypertrophiée. Dans le tissu conjonctif interlobaire, où l'épaississement atteint son maximum, existe une hyperémie intense avec épanchements sanguins et dilatation considérable des vaisseaux ; il y a, en outre, néo-formation de tissu conjonctif dans les callosités qui renferment aussi les nodosités fibreuses ou fibromes miliaires, caractéristiques du poumon des tailleurs de pierre. (*R. S. M.*, VI, 148 ; VIII, 549 ; XII, 749 et XXXVIII, 478.)

XI. — La carnallite, la kainite, la kiescrite, la sylvinite à cause des chlorures de sodium, de potassium et de magnésium qui entrent dans leur composition, et surtout le sel gemme, constitué uniquement par du chlorure de sodium peuvent donner lieu à une affection semblable à celle des chromateurs, mais à marche plus lente vu l'action moins caustique des chlorures. Les ouvriers qui extraient ces minerais sont sujets à un catarrhe nasal, mais la perforation de la cloison est rare chez eux, tandis qu'elle est commune chez ceux qui broient le minerai ou le chargent. Sur 165 ouvriers de ces deux catégories (broyeurs et chargeurs) 69 avaient des fosses nasales saines, 45 du coryza et 51 des ulcères ou des perforations, siégeant toujours sur la cloison. Voici comment se développent les lésions. Au côté droit des deux côtés de la cloison, apparaît une tache ronde, blanc gris, de quelques millimètres de diamètre indiquant la nécrose de l'épithélium ; au pourtour, la muqueuse est tuméfiée, rouge sombre et secrète une abondante sérosité. L'épithélium élimine la perte de substance, se creuse de plus en plus, par dépôt de nouvelles parti-

cules salines ; le périchondre est bientôt attaqué. Des épistaxis répétées, un coryza chronique interminable ou un eczéma secondaire de la lèvre supérieure engagent quelques ouvriers à consulter le médecin, tandis que la plupart ne font aucune attention au mal qui n'est pas douloureux. Quand les deux côtés de la cloison sont ulcérés, la perforation est plus rapide. Une fois la perforation faite, l'ulcération progresse encore sur les bords, de sorte qu'avec le temps une grande partie de la cloison cartilagineuse est détruite. Les lésions ne portent jamais sur les portions osseuse et membraneuse de la cloison. Enfin, après un temps plus ou moins long, il y a guérison spontanée, par accoutumance. Les perforations qui peuvent atteindre plusieurs centimètres sont de configuration variable : circulaire, ovale, triangulaire ou rhomboïdale à angles arrondis. Il n'y a aucun retentissement sur la santé générale.

XII. — Dans la période qui suivit immédiatement la publication et l'affichage dans les ateliers, de l'instruction du 25 novembre 1881, (*R. S. M.*, XXII, 519), relative aux précautions à prendre dans les industries où l'on manie le plomb, il y eut diminution considérable à la fois du chiffre des cas de saturnisme et de leur gravité. Mais les précautions s'étant relâchées, on a noté un retour graduel vers l'ancien état de chose.

De 1890 à 1893, sur environ 30,000 ouvriers parisiens exposés aux effets du plomb, on a noté, comme moyenne annuelle, 302 intoxiqués, 15 morts et 17 journées d'hôpital par malade. Les peintres et broyeurs de couleurs étant les plus nombreux, fournissent naturellement le plus grand nombre de saturnins ; viennent immédiatement après les chaudronniers et étameurs, puis successivement, les vernisseurs, les plombiers, les fondeurs et les coupeurs de poils ; les cérusiers, du deuxième ont passé au septième rang à cause de la suppression du broyage à sec. A en juger d'après la durée du séjour à l'hôpital, l'intoxication est plus grave en premier lieu chez les peintres et broyeurs, en second lieu chez les chapeliers, ensuite chez les vernisseurs, verriers et coupeurs de poils.

XIII. — Les hôpitaux de Paris ont reçu en 1890, 321 saturnins, dont 205 peintres et broyeurs, 10 sont morts ; en 1891, 215 dont 106 peintres et broyeurs, 19 décès et en 1892, 319 dont 216 peintres et broyeurs, 13 décès ; en 1893, 389 dont 266 peintres ou broyeurs, 17 morts.

XIV. — L'intoxication plombique est beaucoup plus répandue parmi les peintres, enduiseurs et vernisseurs à Berlin qu'à Paris. Ces ouvriers fournissent 45 0/0 des intoxications métalliques traitées dans les Sociétés de secours mutuels, 9 0/0 des peintres (sur un chiffre moyen de 3,226) et 6 0/0 des vernisseurs (sur une moyenne de 280) présentent annuellement des accidents saturnins. Ces catégories d'ouvriers du plomb, vu leurs déplacements incessants, leur profession ambulante, ont beaucoup moins bénéficié de la législation sanitaire que les cérusiers qui travaillent dans des usines. Entre autres mesures prophylactiques, Stüler indique la suppression du polissage des surfaces peintes et du grattage à sec des vieilles peintures, ainsi que les lotions buccales avec la solution de tartrate d'ammoniaque, recommandée par Miura. (*R. S. M.*, XXXVIII, 116).

XV. — Lehmann proteste contre la prétendue innocuité du blanc de plomb de Hannec au sulfate, fabriqué en Angleterre pour remplacer la céruse. Bien qu'il couvre un peu moins que le carbonate et que broyé à

l'huile, il demande un peu plus de temps pour sécher, le laboratoire chimique de l'Union des peintres de Kiel a cru pouvoir en préconiser l'emploi. Mais c'est à tort, selon Lehmann, car Orfila a déjà montré que le sulfate de plomb devient soluble dans l'eau froide additionnée d'acide acétique ou chlorhydrique ou de chlorure de sodium. Gusserow (*Virchow's Archiv*, 1859) et Lehmann lui-même (*Arch. f. Hyg.*, XVI) ont empoisonné des animaux en leur administrant du sulfate de plomb et il est très possible qu'il existe dans le tube digestif de l'homme quelque substance apte à le dissoudre.

XVI. — La chromolithographie sur porcelaine est une industrie nouvelle pratiquée depuis une dizaine d'années, surtout à Limoges. Le travail consiste à étendre, à l'aide d'un pinceau ou d'un tampon d'ouate, sur un dessin qu'une pierre lithographique vient d'imprimer sur une feuille de papier, une poudre colorée qui adhère seulement sur les parties dessinées. Cette feuille ainsi préparée est appliquée sur la porcelaine blanche et le dessin est ensuite fixé par la cuisson. Les poudres colorantes renferment jusqu'à 60 0/0 de silicate, de carbonate ou autres sels de plomb. Pour favoriser leur adhérence aux plus fins détails du dessin, il faut qu'elles soient impalpables ; aussi, malgré leur poids spécifique, voltigent-elles autour des ouvriers qu'elles enveloppent d'un nuage au milieu duquel ils respirent.

Sur le rapport de Napias, le Comité consultatif d'hygiène décida qu'il y a lieu d'interdire ce travail aux enfants, filles mineures et femmes, en le comprenant parmi les industries réglementées par le décret du 13 mai 1893.

XVII. — Les scories de déphosphoration sont les déchets de la fabrication de l'acier par le procédé Gilchrist et Thomas, qui a pour but l'élimination du phosphate de la fonte à l'aide de chaux. Leur richesse en acide phosphorique et en chaux a donné l'idée d'en faire de l'engrais, à l'aide d'une série de manipulations comprenant le concassage, la mouture, le triage des fragments métalliques, le tamisage, les mélanges, la mise en sacs et le transport. Chose curieuse, ces scories donnent lieu à deux espèces bien différentes d'affections pulmonaires, à des pneumoconioses causées par les divers éléments métalliques et siliceux qu'elles contiennent et de véritables pneumonies fibrineuses dues au pneumocoque de Fraenkel et de Talamon. La bibliographie médicale de la question est déjà considérable, mais exclusivement allemande (*R. S. M.*, XLI, 556), bien que la même industrie existe en Angleterre, en Belgique et en France. Dans ce dernier pays, les premiers accidents furent signalés à Nantes : dans une usine d'engrais occupant 40 ouvriers, en six semaines, 13 d'entre eux furent pris de pneumonie et 10 en moururent. Mais la question était encore si mal connue que Brouardel (*Ann. d'hyg. publ.*, janvier 1893) adopta l'opinion des experts qui, contrairement à Attimont, niaient le caractère spécifique de ces inflammations pulmonaires. On doit être reconnaissant envers lui, non seulement d'avoir, dès l'origine, reconnu la nocivité spéciale des poussières de scories de la fonte déphosphorée, mais encore, d'avoir, à l'aide d'une vaste enquête auprès des médecins d'usine en France et en Allemagne, recueilli les matériaux de son intéressant mémoire qui est la première monographie française sur le sujet. De 1887 (date des débuts de l'industrie à Nantes) à 1893, on

a compté, dans cette seule ville, 75 cas de pneumonie franche dont 44 mortels chez les ouvriers manipulant ces scories. Dans une usine prussienne, les 341 ouvriers des moulins de scories fournirent 49 pneumonies aiguës (14,4 0/0) dont 22 mortelles (6,5 0/0) ; les 1,645 de l'aciérie, 32 pneumonies aiguës (1,95) dont 11 mortelles (0,67) et les 10,065 ouvriers des autres ateliers, seulement 142 pneumonies (1,34 0/0) dont 16 mortelles (0,15). Dans une fabrique de France, de mars à juillet 1889, sur 60 ouvriers, 28 ont contracté une pneumonie aiguë à laquelle 9 ont succombé. Dans le port de Nîmes, sur 30 ouvriers déchargeant un navire d'engrais de scories, en 3 jours, 6 ont eu des pneumonies et 4 en sont morts. Des troubles morbides, peu graves, du côté de la respiration et de l'appareil digestif ont été signalés en Belgique pendant l'épandage de ces engrais. Le chiffre des pneumonies aiguës diminue au fur et à mesure qu'on prend des précautions restreignant la quantité des poussières. C'est ainsi que, dans une usine de Rührort, dont la statistique a été dressée par Greifenberger (*Thèse Wurtzbourg*, 1890), on a constaté en 1886, 22 cas sur 35 ouvriers ; en 1887, 13 cas sur 57 ; en 1888, 9 sur 77 ; en 1889, enfin, 14 sur 132. Pour être susceptible de causer des pneumonies aiguës, la poussière de scories doit être abondante et respirée dans un milieu où l'air se renouvelle mal. De tous les ateliers à atmosphère poussiéreuse, ceux de scories sont les seuls où la pneumonie affecte une allure épidémique, mais, en réalité, elle n'a aucun caractère contagieux ; d'autres ouvriers du même établissement sont simplement pris d'une bronchite qui complique d'ailleurs fréquemment la pneumonie lobaire chez d'autres. Cette complication explique la gêne respiratoire très grande de ces malades. Leur affection a d'ailleurs les symptômes, l'évolution cyclique et la durée de la pneumonie franche ordinaire ; seulement leurs crachats renferment du fer, de la chaux, de la magnésie, de l'acide phosphorique ; ils sont moins adhérents et ressemblent à une solution gommeuse noirâtre qui peut devenir rouillée ou rester jus de réglisse ; l'adynamie est très marquée. Une autre complication assez commune, est l'épanchement pleurétique qui est souvent hémorragique. Le pronostic est grave, les récidives assez fréquentes. A l'autopsie, on constate les mêmes altérations pulmonaires que dans la pneumonie franche et, exceptionnellement, de la broncho-pneumonie pseudo-lobaire. L'évolution des lésions est extrêmement rapide, car on trouve de l'hépatisation grise même dans les cas promptement mortels. Plusieurs fois, il existait de la péricardite en même temps que de la pleurésie exsudative, c'est-à-dire deux complications.

Les poussières de scories, naturellement, irritent la totalité des muqueuses aériennes, déterminant de la pharyngite, des épistaxis, de la toux ; elles dessèchent la gorge, provoquent une soif intense.

XVIII. — Dans sa lettre au Conseil fédéral helvétique, la Commission médicale Suisse rappelle que durant la période où la fabrication des allumettes au phosphore blanc fût interdite en Suisse, on observa beaucoup plus de nécroses maxillaires qu'avant et après cette époque, à cause de l'installation clandestine de fabriques dans de mauvaises conditions hygiéniques. Il est certain, d'autre part, que la fréquence de la nécrose a considérablement diminué depuis l'origine de cette industrie. De plus, quelques fabriques sont presque entièrement exemptes du mal, tandis

que d'autres en comptent beaucoup de cas et plus peut-être encore qu'on n'en connaît. La Commission conclut que la nécrose n'est pas indissolublement liée à la manipulation du phosphore blanc et qu'on peut la faire disparaître avec certaines mesures convenablement appliquées. Malheureusement, l'expérience a montré que les fabricants isolés, malgré leur bonne volonté, sont incapables d'exécuter complètement ces mesures, puisque dans les établissements le mieux aménagés, il survient encore de temps à autre des cas de nécrose. L'Etat seul dispose des moyens et de l'autorité nécessaires ; il pourrait se charger de la surveillance indispensable en prenant le monopole de fabrication, à condition d'installer des fabriques remplissant les exigences hygiéniques aux points de vue de la propreté et de la ventilation ; à moins, ce qui vaudrait encore mieux, qu'il interdise à nouveau l'emploi du phosphore blanc. (*R. S. M.*, XLIV 514.)

XIX. — L'arrêté royal belge du 25 mars 1890, portant réglementation du travail dans les fabriques d'allumettes, vient d'être modifié par un nouvel arrêté royal, en date du 12 février 1895. Celui-ci prescrit que la préparation de la pâte au phosphore blanc s'effectuera dans un appareil hermétiquement clos ou surmonté d'une hotte en communication avec une cheminée d'appel à tirage énergique. Il défend d'introduire dans cette pâte une proportion de phosphore excédant en poids 8 0/0 de la totalité des matières solides. Il ordonne l'installation de bouches d'aspiration communiquant avec un ventilateur mécanique, au niveau des plaques de trempage des allumettes ainsi que l'aération mécanique des séchoirs.

XX. — Le sulfure de carbone est susceptible de déterminer par lui-même, chez tous les ouvriers qui le manient, deux désordres mentaux, l'un aigu, *l'ivresse simple*, l'autre chronique, *la démence*. La production de ces deux désordres mentaux dans l'intoxication professionnelle par le sulfure de carbone est en raison directe des mauvaises conditions hygiéniques des fabriques ainsi que du manque de précautions et de soins de propreté des ouvriers ; dès lors, ils peuvent être, pour ainsi dire, supprimés par une bonne hygiène publique et privée.

Les autres troubles intellectuels constatés dans l'intoxication professionnelle par le sulfure de carbone et constituant les diverses espèces d'ivresse délirante et les diverses variétés d'aliénation mentale dépendent, non d'une action propre de cette substance, mais des prédispositions psychopatiques des ouvriers. Il n'y a donc pas plus de folie sulfo-carbonée que de névrose sulfo-carbonée ; dans les deux cas, le sulfure de carbone n'est qu'un agent provocateur mettant en activité les prédispositions préexistantes. Donc, les industries qui emploient le sulfure de carbone doivent être sévèrement déconseillées aux prédisposés vésaniques comme aux prédisposés hystériques.

XXI. — Ébéniste de 44 ans, grand buveur d'alcool, mort au milieu de vomissements continus et des symptômes de tuberculose des poumons et du péritoine. Son estomac présentait, immédiatement à côté du pylore, un ulcère arrondi et un énorme calcul ; l'ulcère, qui avait à peu près les dimensions du calcul, était sur le point de perforer les parois gastriques qui étaient soudées au foie. Le calcul, en forme de cylindre légèrement aplati, avait une longueur de 10 centimètres, une largeur de 5 et une épaisseur de 4 ; il était très léger et ne pesait que 7 grammes. D'aspect résineux et de couleur vert noir, il était constitué par des couches con-

centriques d'une substance que l'analyse chimique a révélé être de la gomme laque. Cet homme avait en effet l'habitude de boire la dissolution alcoolique de gomme qui sert à vernisser les meubles. C'était manifestement ce calcul qui avait engendré l'ulcère. L'intestin ne contenait aucune concrétion. C'est là un fait analogue par son étiologie à ceux de Friedländer et de Langenbuch (*R. S. M.*, XIX, 670), car l'analyse des calculs de ce dernier, faite ultérieurement, les a montrés aussi formés de résine.

XXII. — Parmi les 1,500 malades traitées à la policlinique gynécologique de Berlin, se trouvaient 356 couturières à la machine. La durée de leur travail quotidien oscillait entre 5 et 18 heures; pour 80 0/0 d'entre elles, elle variait de 6 à 12 heures. Le temps depuis lequel elles travaillaient à la machine variait de 1 à 32 ans. Leurs âges étaient compris entre 16 et 60 ans, mais 10 seulement avaient atteint la ménopause; 275 étaient mariées.

Une comparaison établie entre ces ouvrières et les femmes d'autres professions soignées à la policlinique conduit aux conclusions suivantes : Chez les couturières à la machine le chiffre des affections inflammatoires des annexes et des maladies utérines est infiniment plus considérable; de même, celui des avortements et celui des rétroflexions chez les nullipares (19,2 0/0). Pour remédier à cet état de choses, Gutzmann fait les propositions suivantes : Les ouvrières âgées de 14 à 16 ans devront produire un certificat médical attestant que leur état de développement permet le travail à la machine à coudre. La journée pleine ne doit pas excéder 10 heures et ne sera tolérée qu'à 20 ans. Au bout d'une ou deux heures de couture à la machine, doit survenir une courte pause de repos; le mieux est d'établir une alternance d'occupations.

Le travail à la machine à coudre doit être défendu avant la formation, pendant les règles, pendant la grossesse et pendant les 6 premières semaines des couches. On doit y renoncer en cas d'affection des organes génitaux. Chez les personnes bien portantes, un travail peu prolongé à la machine ne saurait être regardé comme nocif.

XXIII. — La fabrication des colliers de chevaux de trait est un travail excessivement pénible qui consiste à bourrer de paille un étui de cuir. Pour cela, le bourrelier se sert du rembourroir, sorte de gros porte-mèche composé d'une tige en fer, légèrement échancrée à l'une de ses extrémités et garnie à l'extrémité opposée d'un pommeau en bois. L'ouvrier enfonce la paille dans la forme étendue sur un établi, en la maintenant béante avec la main gauche ; de l'autre main, il appuie le pommeau du rembourroir sur son aîne droite, et c'est par un mouvement violent de propulsion du bassin en avant, en s'arcboutant sur la jambe droite, qu'il pousse l'outil dans la forme. Ces chocs violents et répétés du rembourroir contre l'aîne déterminent dans l'artère fémorale, mal protégée à ce niveau, une inflammation chronique qui peut aller jusqu'à oblitérer le vaisseau et qui est la cause de symptômes plus ou moins graves, tels que claudication intermittente, crampes avec lourdeur ou douleurs paroxystiques dans tout le membre inférieur droit. Dans certains cas, il y a des gangrènes du pied. Sur 30 bourreliers vus par Guichard, 7 étaient atteints à des degrés divers et 2 d'entre eux avaient présentés des phénomènes gangréneux. La prophylaxie consiste dans l'emploi d'un coussin protecteur

appliqué sur l'aîne pour amortir le choc du rembourroir et dans la substitution aux colliers de paille, de colliers en tôle d'acier.

XXIV. — Homme présentant deux tumeurs verruqueuses au niveau des têtes antérieures de la seconde phalange des pouces et deux ulcères fistuleux contenant des poils de vache dans les espaces qui séparent les deux premiers doigts. Ces tumeurs ont une surface lisse et sèche et ne renferment pas de bacilles tuberculeux. La profession du malade en indique la genèse. Pour traire on tient les quatre derniers doigts appliqués sur l'un des côtés du pis tandis que les pouces fléchis pressent sur l'autre côté. Quant aux ulcères, ils résultent d'érosions irritées par la malpropreté (*R. S. M.*, XLV, 523).

XXV. — Tisserand de 42 ans, peu intelligent, mais sans hérédité nerveuse ni antécédents morbides. Depuis 12 ans, il fait mouvoir avec le pied droit un métier chargé d'un poids en fer qu'il doit abaisser à 50 centimètres. Après avoir ressenti quelque temps des tiraillements ascendants et descendants dans le membre inférieur droit, il a été pris, voilà 2 ans, de mouvements convulsifs du membre, d'abord seulement par intervalles, puis de plus en plus fréquents et finalement continus ; en août 1893, il dut changer de profession et, à partir d'octobre suivant, il a séjourné dans divers hôpitaux. Quand il est couché, les muscles de la cuisse et de la jambe sont pris par instants de contractions toniques passagères ; son pied et son orteil exécutent des mouvements lents d'extension et de flexion combinés avec l'adduction ; rien de semblable dans les autres membres. La station debout et la marche rendent plus manifestes les troubles morbides. Il ne peut se tenir debout que grâce à une tension extrême de tous les extenseurs, le talon appuyant sur le sol. Quand on observe le malade, les phénomènes insolites s'exagèrent et le sommeil ne les fait pas cesser complètement. Lorsqu'il marche, le bord externe du pied est toujours en contact avec le sol tandis que son bord interne reste élevé et contracturé. En revanche, la station debout est possible sur la jambe gauche. Quand on fait presser les mains ou tirer la langue au malade, il se produit des mouvements associés dans le membre inférieur droit. En marchant, il éprouve une sensation de tension au jarret droit, comme si ses muscles étaient trop courts. Tous les muscles du membre inférieur droit sont considérablement hypertrophiés ; la cuisse est de 1 à 2 1/2 centimètres, la jambe de 1/2 à 1 centimètre plus grosse qu'à gauche. Pas de trépidation épileptoïde du pied, intégrité des réflexes rotuliens, de la sensibilité et de l'excitabilité électrique.

XXVI. — Les raffineries de pétrole du département de la Seine mettent toutes à la disposition de leurs ouvriers de l'eau chaude et du savon ; c'est ce qui explique, pour Brémond, la rareté des papillomes. En 4 ans, sur 300 ouvriers, il n'en a vu qu'un cas sur l'avant-bras, mais il a trouvé des cicatrices caractéristiques sur les membres de plusieurs autres ; il n'a pas rencontré de papillome du scrotum. En revanche, tous les ouvriers sont exposés à une dermatite vésiculeuse et prurigineuse des avant-bras et du dos des mains ; elle atteint plus spécialement les femmes employées à l'emplissage des bidons ; mais l'accoutumance est assez rapide. Jamais il n'a noté de troubles nerveux.

XXVII. — Chez les ouvriers non encore accoutumés, la fuchsine, l'aniline, la toluidine et autres matières colorantes du goudron provoquent

une irritation extrême des organes urinaires qui se traduit par des besoins impérieux et instantanés de miction, par de la strangurie, de l'hématurie et de l'hémoglobinurie.

D'autre part, Rehn a vu 3 ouvriers fuchsineurs atteints de tumeurs de la vessie. Le premier, employé depuis 15 ans, avait un papillome vésical de la grosseur d'une pomme ; le deuxième avait deux papillomes placés à l'orifice des uretères. Les tumeurs de ces deux malades ont été enlevées avec succès. Quant au troisième ouvrier, il avait un sarcome de l'uretère gauche qui, après avoir été enlevé, a entraîné la mort par récidive. Ces faits méritent d'être rapprochés du cancroïde des ramoneurs et du sarcome pulmonaire des mineurs du Schnelberg (*R. S. M.*, XVI, 121).

XXVIII. — Par suite d'une manœuvre défectueuse, une cage, descendant des houilleurs dans la mine, vint heurter avec violence le sol du puits. La cage à deux étages renfermait 18 hommes, dont 12 furent blessés. Cinq ouvriers de l'étage inférieur, qui étaient tous assis, tombèrent de leurs bancs et n'eurent que des contusions, tandis que 7 de l'étage supérieur, qui étaient obligés de se tenir debout, eurent des lésions sérieuses du membre inférieur droit, sur lequel ils s'appuyaient au moment du choc ; pour 3, il s'agissait de ces fractures par compression de la tête supérieure du tibia, décrites par E. Wagner (*R. S. M.*, XXVIII, 624) ; pour un quatrième, de la même lésion compliquée de subluxation du genou en arrière ; pour le cinquième, d'une luxation totale du genou en avant, avec fracture des condyles internes du tibia ; et pour les deux derniers, de rupture des gastrocnémiens. Albers conclut que les cages servant au transport des ouvriers doivent toujours être munies de sièges et que la station debout doit y être défendue.

XXIX. — Jeune médecin se livrant à l'étude du charbon dans le laboratoire de l'Institut pathologique de Zurich. Pendant 3 jours, frissons, fièvre intense (39°5), céphalalgie violente et fortes quintes de toux, sans rien d'appréciable qu'un gonflement considérable de la rate. On diagnostique une attaque de grippe, qui était alors épidémique, et l'on prescrit 1 gramme de phénacétine. Le lendemain, la fièvre et la céphalée avaient disparu, le malade se sentait très bien, mais seulement un peu faible. Le soir même (4e jour de maladie), aggravation brusque : dyspnée intense, froid glacial des extrémités au toucher, pouls imperceptible. Mort dans la nuit du 5e au 6e jour, au milieu d'une oppression effroyable, sans rien dans les poumons. A l'autopsie, charbon intestinal ; nombreuses bactéridies dans le sang centrifuge.

XXX. — Un boucher, sept jours après avoir dépecé une vache charbonneuse, est pris de frissons et de fièvre ; deux jours plus tard, pustules à l'avant-bras avec gonflement du membre et adénite axillaire ; le 5e jour, des accidents, coma, rigidité de la nuque, convulsions et mort 20 heures plus tard. Autopsie : méningite cérébro-spinale, anthrax charbonneux dans l'estomac et l'intestin, bacilles charbonneux, nombreux dans le liquide cérébro-rachidien, moins abondants sur l'endocarde, dans les reins, le foie et la rate.

XXXI. — Homme de 49 ans, triant et battant des peaux de chèvres importées de Chine. Pustule sur le milieu du front, à la limite des cheveux, datant de quatre jours, avec œdème de la face et du haut du thorax ; symptômes généraux dès la veille. Guérison par thermo-cautéri-

sation et injections de teinture d'iode. Ces peaux, venues de Chine, renferment encore des insectes vivants (dermestes), ainsi que leurs larves, coques et excréments contenant en quantité des bacilles dont l'inoculation donne le charbon aux cobayes.

XXXII. — Dans deux fabriques de brosses de Liège, il s'est produit des accidents chez les personnes maniant les crins provenant de la Chine, Dans l'une, c'est le patron et sa fille qui ont eu des pustules malignes, le premier parce qu'il procédait aux premières manipulations, tandis que sa fille, qui ne travaillait pas aux crins, s'était servie de sacs en toile d'emballage ayant renfermé les crins.

XXXIII. — Les premières observations du mal de chiffons datent de 1870; ce furent les 16 cas, dont 9 mortels, qui se produisirent dans la papeterie de Schlögmühl (Basse-Autriche), sur des femmes occupées au triage des chiffons. La nature charbonneuse de l'affection a été établie en 1877 et 1881 par Kundrat et Paltauf. Dans les cas observés par Eppinger, les lésions consistaient en inflammations de la plèvre et du poumon, les premières sous forme d'exsudats séreux, citrins, plus rarement fibrineux; les secondes, sous forme de pneumonies lobaires et lobulaires, d'atélectasies ou de ramollissements œdémateux inflammatoires; régulièrement, les ganglions bronchiques étaient tuméfiés, le parenchyme du foie, des reins, du cœur, dégénéré; il y avait, en outre, tuméfaction aiguë de la rate, catarrhe de la muqueuse des voies aériennes dans toute son étendue, ou plus rarement des foyers d'infiltration localisés dans la muqueuse laryngo-trachéo-bronchique, de la glossite; des hémorragies de la pie-mère et de la muqueuse gastro-duodénale; deux fois, de l'endocardite valvulaire avec présence de bacilles charbonneux dans les replis des valvules. Les malades sont presque uniquement les femmes qui déchirent et trient les chiffons de laine; les cas se montrent surtout au printemps ou en automne, époques où règne la constitution atmosphérique catarrhale. Les prodromes, malaises, étourdissements, lassitude, somnolence, coryza, larmoiement, toux sèche, oppression, sont rares; le plus ordinairement, le début est aigu avec symptômes graves, tant généraux que locaux : frissonnements ou frissons, élévation de la température jusqu'à 40°, suivie de chute au-dessous de la normale, céphalalgie, dyspnée, toux brève, spasmodique, points de côté, faiblesse générale intense et cyanose; signes de pleurésie ou de pleuro-pneumonie; petitesse et fréquence du pouls, affaiblissement progressif du cœur, refroidissement des extrémités, conservation de la connaissance avec anxiété intense; mort généralement après un ou deux jours, au plus après six jours. Guérison rare et convalescence très lente. Dans les 8 cas où Eppinger a pratiqué l'examen bactériologique, il a toujours trouvé des bacilles charbonneux dans le liquide des ventricules cérébraux, dans l'exsudat pleural, le sang, le suc de la rate, les foyers pneumoniques. Plusieurs fois, il a constaté dans les cultures sur plaques des associations microbiennes : 3 fois staphylocoque doré, 2 fois staphylocoque doré et blanc avec un bacille trapu liquéfiant rapidement la gélatine, 1 fois, streptocoques à éléments plus gros que ceux du streptocoque pyogène. L'altération primaire, dans cette maladie consécutive à l'inhalation de bacilles charbonneux, est un exsudat séreux dans les cavités pleurales, ainsi que dans les tissus intra-alvéolaire et interstitiel

des poumons et dans les ganglions bronchiques; quand l'exsudation séreuse s'exacerbe au point de devenir épaisse et fibrineuse, on observe toujours des formes dégénérées de bacilles charbonneux.

Deux des malades d'Eppinger avaient succombé dans le 6e mois d'une grossesse. Il a trouvé des bacilles charbonneux rares dans les vaisseaux de la paroi externe de l'utérus, nombreux et formant des amas dans les capillaires de la tunique musculeuse en face du tissu spongieux de la sérotine; moins abondants dans les vaisseaux des trabécules de la caduque et les espaces intervilleux; il n'y en avait jamais dans les villosités du chorion et de l'amnios, non plus que dans les organes fœtaux. Eppinger en conclut que, lorsque le placenta est intact, il forme une barrière infranchissable à la bactéridie.

La prophylaxie du mal de chiffons réside, pour Eppinger comme ponr Lodge (*R. S. M.*, XXXIX, 113), dans la désinfection des chiffons par la vapeur sous tension à 120°.

XXXIV. — Garçon équarrisseur de 27 ans. Début par un mal blanc d'un doigt avec lymphangite du membre supérieur correspondant; traité par des cataplasmes, en continuant son travail. 15 jours plus tard, point de côté opiniâtre pour lequel il entre à l'hôpital où il succombe 5 semaines après l'inoculation au doigt. A l'autopsie, poumons farcis de nodules dont la nature morveuse fut démontrée par les cultures et les inoculations au cobaye. Comme prophylaxie, Lancereaux préconise les lavages à l'acide phénique à 2 0/0, pendant et après l'équarrissage de chevaux morveux.

J. B.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

Traité de médecine et de thérapeutique, par BROUARDEL, GILBERT et GIRODE (*Tome II, Paris, 1896*).

Ce deuxième volume termine l'étude des maladies microbiennes et commence celle des maladies produites par les champignons. On y trouvera rédigés, par les auteurs les plus compétents, les articles : Typhus, par Netter; Peste, par Deschamps; Dysenterie, par Vaillard; Choléra, par Thoinot; Maladies vénériennes, par Balzer; le Rhumatisme, pour la première fois classé comme d'origine microbienne, par Widal, et enfin l'Actinomycose, par Ménétrier, question tout à fait à l'ordre du jour. Inconnue il y a dix ans, cette maladie semble aussi répandue en France qu'à l'étranger. Cette série d'études, véritable monographie, met au point les questions, d'après les données de bactériologie et de thérapeutique les plus récentes. A. CARTAZ.

Manuel de pathologie interne, par VANLAIR (*2 vol., Liège et Paris, 1896*).

Il est difficile de résumer en deux volumes toutes les notions indispensables aux praticiens et aux étudiants dans le domaine de la pathologie

interne. La troisième édition du traité de Vanlair se fait remarquer, comme les deux premières éditions, par sa clarté et sa méthodique ordonnance.

Avant d'exposer les maladies d'un organe, l'auteur décrit les procédés d'exploration et s'efforce de mettre à profit les découvertes récentes. De nombreuses figures sont intercalées dans le texte.

Certaines parties de l'ouvrage sont peut-être un peu sacrifiées : consacrer 6 pages sur 1,200 aux maladies de l'œsophage, et quelques lignes seulement au cancer de cet organe, c'est laisser dans l'ombre une série de questions intéressantes.

On louera la description des maladies du système nerveux, celle des maladies du cœur, celle des maladies infectieuses qui, contrairement à l'usage, est placée à la fin du second volume. L. GALLIARD.

Hémiplégie cérébrale infantile : réveil de l'affection 50 ans après le début, par M. LANNOIS et R. PAULY (*Lyon méd.*, *22 décembre 1895*).

L'intérêt de ce cas exceptionnel réside dans la longue durée silencieuse qui sépare le début de l'affection et son réveil.

Il s'agit d'un homme de 66 ans. Antécédents tuberculeux dans la famille. A l'âge de 2 ans, hémiplégie ou mieux hémiparésie gauche avec arrêt de développement des membres de ce côté. Intelligence médiocre. Il ne sait ni lire ni écrire ; bonne mémoire. A 16 ans, attaques d'épilepsie qui furent peu fréquentes et cessèrent vers 40 ans. A 56 ans, attaque avec perte de connaissance ; la parésie gauche se transforme en véritable hémiplégie suivie bientôt de contracture. Le malade vint mourir à l'hôpital de tuberculose pulmonaire.

A l'autopsie, on trouva, en dehors des lésions tuberculeuses, une cavite porencéphalique de l'hémisphère droit, avec dégénérescence du faisceau pyramidal, très nette dans le bulbe, la protubérance et la partie supérieure de la moelle. A. CARTAZ.

Ueber periodische Schwankungen der Functionen der Grosshirnrinde (Sur der oscillations périodiques des fonctions de l'écorce cérébrale), par R. STERN (*Archiv f. Psychiatrie*, *XXVII*, *3*, *p. 830*, *1895*).

Chez deux hommes, respectivement âgés de 46 et de 27 ans, qui avaient subi des traumatismes craniens, Stern a observé, entre autres symptômes, des phases périodiques de dépression des fonctions cérébrales, dont il a fai une étude extrêmement minutieuse. La durée de ces phases se chiffrait par secondes. La dépression consistait dans une diminution de la sensibilité considérée dans ses différentes manières d'être, dans une parésie des muscles volontaires, avec ataxie concomittante, dans une diminution des facultés intellectuelles. Chez l'un des deux sujets, cette dépression des fonctions cérébrales atteignait une intensité telle que l'acuité visuelle descendait jusqu'à zéro, et que, pendant les phases en question, la faradisation la plus énergique ne développait pas la moindre sensation de douleur. En même temps, les réflexes développés par l'excitation de la peau et des muqueuses étaient affaiblis. Plus tard, les excursions respiratoires perdaient de leur ampleur, pendant les phases de dépression, au point que parfois la respiration s'arrêtait complètement. Durant celles-ci le malade était dans l'impossibilité de parler spontanément ; mais il pouvait répéter les paroles qu'on prononçait devant lui, à condition qu'on parlât assez fort pour être entendu, en tenant

compte de la diminution momentanée. La mémoire également était affectée à ces moments-là.

Chez le second sujet, les troubles en rapport avec cette dépression intermittente des fonctions cérébrales étaient qualitativement les mêmes que chez le premier, mais leur intensité était moindre. C'est ainsi que l'acuité visuelle descendait à 1/5 — 1/7 en même temps que survenait un rétrécissement du champ visuel. La dépression des facultés intellectuelles se trahissait par la difficulté, voir l'impossibilité, qu'éprouvait le malade de résoudre des calculs très simples.

La durée de ces phases de dépression a été déterminée chez les deux sujets au moyen d'appareils enregistreurs; chez l'un des deux sujets on lui a trouvé des valeurs comprises entre 3 et 29 secondes et chez le second des valeurs comprises entre 2 et 4 secondes. Pour ce qui est de la fréquence de ces oscillations périodiques, la durée des intervalles libres a présenté les variations suivantes : de 2 à 44 secondes, chez le premier sujet; de 2 à 6 secondes chez le second.

Eu égard au siège de ces troubles fonctionnels, l'auteur a conclu que la participation du langage, de la mémoire et des autres fonctions intellectuelles démontrait suffisamment que l'usure cérébrale était en cause, et que cette localisation était à même de rendre compte de toutes les autres manifestations; dans les deux cas, d'ailleurs, les troubles en question ont présenté une évolution progressive. Dans les deux cas on a relevé une étiologie commune : contusion du crâne. E. RICKLIN.

A propos d'un cas d'épilepsie jacksonnienne avec aphasie motrice sans agraphie, par J.-L. PRÉVOST (*Revue méd. Suisse romande, XV, n° 6, p. 309*).

L'observation que publie Prévost lui paraît fournir des arguments en faveur de l'opinion qu'il y a, sinon un centre spécialisé et adapté pour l'écriture, tout au moins dissociation dans l'exécution du langage parlé et du langage écrit.

Il s'agit d'un homme dans la soixantaine atteint d'épilepsie jacksonnienne qui avait été précédée et était suivie de phénomènes d'aphasie motrice. Les crises convulsives, d'abord limitées à la face, envahirent ensuite le membre supérieur droit. Durant les accès, le sensorium était conservé. L'aphasie motrice était bien caractérisée, sans agraphie. Plus tard les convulsions se généralisèrent et, dans l'une d'elles, le malade se luxa en arrière l'humérus.

Il resta guéri plusieurs mois, à la suite d'un traitement mixte intensif par l'iodure de potassium et le mercure. Ensuite il y eut une rechute rebelle à la même médication, et dans laquelle à l'aphasie sont venues se joindre une hémiplégie droite avec exagération des réflexes du côté paralysé, de la difficulté de l'écriture et de la dépression intellectuelle. Cet homme avait eu, à l'âge de 20 ans, un accident présumé syphilitique et traité comme tel, mais jamais de manifestations secondaires.

L'efficacité temporaire du traitement spécifique n'est pas pour Prévost une preuve irréfutable de la nature syphilitique des lésions, car il a vu deux fois des gliomes cérébraux arrêtés dans leur développement pour un temps par cette médication et le diagnostic a été vérifié à l'autopsie.

Prévost insiste sur le fait que l'aphasie se manifesta longtemps sans paralysie, sans complication de surdité, ni de cécité, ni d'amnésie verbales; elle se prolongeait plus ou moins après les crises épileptiformes, plusieurs jours même à la suite des séries de crises subintrantes qui survinrent peu après le début des accidents.

Il rapproche son observation de celle de G. Banti (*Lo Sperimentale*, LVII, 1886) concernant un homme de 36 ans, atteint également d'aphasie motrice sans agraphie. Puis il expose, relativement aux rapports de l'agraphie avec l'aphasie, les vues divergentes de Charcot (*R. S. M.*, XLIII, 139) et Pitres (*R. S. M.*, XLV, 543) d'une part, de Déjerine et Mirallié (*R. S. M.*, XLIII, 139 et XLVI, 146) d'autre part, et enfin de Bernheim (*R. S. M.*, XLV, 542.) J. B.

Des rapports de l'hémianopsie latérale droite et de la cécité verbale, par Joanny ROUX (*Thèse de Lyon*, *1895*).

L'hémianopsie et la cécité verbale ne sont pas nécessairement associées. L'association fréquente de la cécité verbale avec l'hémianopsie s'explique par les rapports intimes qui existent entre le pli courbe et le faisceau des radiations optiques. Pour expliquer l'absence de cécité verbale dans l'hémianopsie latérale droite, il faut faire intervenir les fibres calleuses intra-hémisphériques; celles-ci sont lésées dans l'alexie sous-corticale ou cécité verbale pure. Pour qu'il y ait cécité verbale sans hémianopsie, il faut une lésion du pli courbe assez superficielle pour respecter les faisceaux blancs sous-jacents. L'absence d'hémianopsie dans la cécité verbale, ou l'aphasie totale, améliore considérablement le pronostic. H. FRENKEL.

Ueber Encephalitis hämorrhagica, par FREYHAN (*Deutsche med. Woch.*, *n° 39*, *p. 643*, *1895*).

Trois formes d'encéphalite ont été récemment décrites et isolées du cadre général de l'encéphalite : 1° la polyencéphalite supérieure aiguë hémorragique de Wernicke; 2° l'hémiplégie spasmodique infantile de Strümpell ; 3° l'encéphalite aiguë primitive hémorragique de Strümpell, Leichtenstern et Fürbringer. L'auteur vient d'observer à la clinique de Fürbringer un cas dans lequel la 1re et la 3e forme semblent avoir succédé l'une à l'autre et qui constitue, par conséquent, un type de transition.

Il s'agit d'un enfant de 15 ans présentant comme antécédent un catarrhe de l'oreille moyenne; à la suite de l'influenza, cet enfant est pris de symptômes cérébraux qui éveillent la pensée d'une méningite tuberculeuse, on constate de l'apathie, de l'hébétude et une hémiplégie du côté droit; après quelques variations, ces phénomènes disparaissent et font place à un nouveau tableau. On voit se développer des paralysies associées des mouvements oculaires des deux côtés, une parésie globale du facial droit et une paralysie passagère et variable de la jambe gauche; en même temps on note de l'ataxie, des vertiges, des vomissements et une altération de la notion de lieu et de position. Le malade guérit. L'hypothèse d'une méningite tuberculeuse, contredite par l'absence de bacilles dans le liquide encéphalorachidien, retiré par ponctions, ne cadre pas avec la marche de la maladie ; l'hypothèse de lésions syphilitiques peut être sûrement exclue, il ne reste donc que l'hypothèse de l'encéphalite hémorragique qui a présenté successivement dans son évolution le type de Strümpell et celui de Fürbringer. H. DE BRINON.

Étude sur l'aphasie chez les polyglottes, par A. PITRES (*Revue de méd., novembre 1895*).

Chez les polyglottes devenus aphasiques, les troubles de la parole ne portent pas toujours au même degré sur toutes les langues connues par les malades.

Lorsque la guérison survient, elle se fait ordinairement progressivement et systématiquement : la langue qui revient la première est le plus souvent la langue maternelle. Le malade comprend d'abord l'idiome dont il a perdu l'usage, avant de pouvoir le parler. Parfois cependant, il se produit un arrêt dans le processus de guérison, le malade ne récupère alors que la faculté de comprendre, puis de parler la langue dont il se sert habituellement, ou bien il peut comprendre un ou plusieurs idiomes, mais il reste incapable de les parler.

Dans ces divers cas, il est évident qu'il ne s'agit pas de destruction des centres corticaux du langage, mais simplement d'ébranlement de leurs éléments. L'intensité variable de cet ébranlement explique la *sériation* des phénomènes observés chez les malades de Pitres. Il n'est donc pas nécessaire, d'une façon générale, d'invoquer l'existence de centres multiples du langage, affectés à chacune des langues successivement apprises par les polyglottes.

Le travail de Pitres est basé sur sept observations qu'il a recueillies au cours de ces dernières années. C. GIRAUDEAU.

A case of cerebral tumour with hemianesthœsia, par H.-J. MACKAY (*Brain, LXX et LXXI, p. 270, 1895*).

Homme de 45 ans, atteint de syphilis à l'âge de 20 ans. Début, neuf mois auparavant, par des maux de tête, suivis de crampes dans les jambes : puis affaiblissement graduel, vomissements, hébétude et symptômes rationnels de tumeur cérébrale.

Au moment de son admission deux symptômes offraient un caractère particulier : il y avait un certain degré d'aphasie et de surdité verbale, et une hémianesthésie presque totale du côté gauche du corps, pour toutes les modalités de la sensibilité. De plus, des troubles graves d'innervation des nerfs craniens, de l'anosmie et de l'agueusie, et de la névrite optique.

L'autopsie montra une hydropisie du liquide arachnoïdien et une tumeur cérébrale localisée dans le lobe droit temporo-sphénoïdal, de 5 centimètres de diamètre. Cette tumeur comprimait la circonvolution de l'hippocampe, ainsi que la circonvolution temporo-occipitale qui étaient ramollies. La capsule interne était altérée dans sa partie correspondant au lobe temporo-sphénoïdal.

Histologiquement, la tumeur était constituée par des cellules granuleuses comme les syphilomes, avec endartérite oblitérante concomitante, le tout encapsulé dans une gangue fibreuse.

Cette observation vient à l'appui de l'idée de Schäfer et Horsley, qui pensent que le gyrus fornicatus représente dans l'hémisphère la zone de la sensibilité cutanée. H. R.

Sur la pathogénie de l'œdème de la papille dans les tumeurs encéphaliques, par L. BOUVERET (*Lyon méd.*, *8 décembre 1895*).

Jeune fille, ayant de l'amaurose complète de l'œil droit, de l'hémianopsie temporale gauche, de la paralysie faciale inférieure gauche ; anosmie bilatérale. A l'examen ophtalmoscopique, à droite, atrophie simple de la papille ; à gauche, simple œdème.

On diagnostique une tumeur du lobe frontal droit comprimant l'angle droit du chiasma, ce qui fut confirmé à l'autopsie (gros kyste du cerveau). A droite, il n'y avait pas d'hydropisie de la gaine du nerf, mais une atrophie simple du nerf ; à gauche, au contraire, hydropisie de l'espace sous-vaginal.

Ce fait confirme la théorie qui attribue à la pénétration, dans la gaine du nerf, du liquide sous-arachroïdien, dans les cas d'œdème papillaire par tumeurs encéphaliques. A. CARTAZ.

Case of cerebral tumour (Tumeur cérébrale avec symptômes sensitifs initiaux du côté du bras et de la face : surdité correspondante), par Samuel WEST (*Brain*, *LXX et LXXI*, *p. 311*, *1895*).

Garçon de 16 ans. Six mois auparavant, coup sur la tête, suivi immédiatement de commotion cérébrale, avec aphasie momentanée et engourdissement des doigts. Depuis lors, céphalée persistante, affaiblissement de la main gauche et fourmillements des doigts, de temps en temps, crampes douloureuses du bras. Plus tard, vomissements et troubles de la vue (névrite optique), finalement, apathie, stupeur, parésie de la jambe gauche avec diminution de la sensibilité, enfin surdité limitée à l'oreille gauche. Mort un an après le début des accidents.

A l'autopsie, tumeur de la substance blanche de l'hémisphère droit, située au côté externe du noyau lenticulaire ; son extrémité postéro inférieure correspondait à une zone de ramollissement englobant la totalité de la capsule externe et la queue de la capsule interne, et s'étendant en arrière dans le lobe occipital, en bas vers le lobe temporo-sphénoïdal. Cette localisation rend compte de l'hémianesthésie et de la surdité. H. R.

Ueber Pachymeningitis cervicalis hypertrophica, par KÖPPEN (*Archiv f. Psychiat.*, *XXVII*, *3*, *p. 918*).]

L'auteur publie deux cas de pachyméningite cervicale hypertrophique qui, toutefois, diffèrent par certains traits, de la description que Charcot a donné de cette affection.

Ainsi, chez le premier malade, tous les muscles du membre supérieur participaient à la paralysie, y compris les extenseurs, de sorte que la main n'avait pas l'attitude caractéristique bien connue, que Charcot attribuait précisément à l'intégrité des muscles longs extenseurs de la main. D'autre part, le sujet de cette première observation a eu de l'incontinence d'urine et des matières fécales, manifestation qui n'est pas mentionnée dans la description de Charcot. On en peut dire autant d'un certain embarras de la parole, presenté par ce malade : les syllabes et les mots étaient comme hachés parce que le sujet perdait sans cesse haleine. En outre, la réaction pupillaire se faisait paresseusement d'un côté. Enfin, le malade n'a jamais eu de douleurs, manifestation qui, selon Charcot, caractérise le stade initial de la pachyméningite cervicale hypertrophique.

Chez le second malade également, les muscles extenseurs, aux membres supérieurs, participaient à la paralysie. Celle-ci a passé par des phases alternatives d'amélioration et d'aggravation. L'atrophie musculaire était peu prononcée. Même embarras de la parole que chez le premier malade. De plus, l'examen ophtalmoscopique a fait connaître une atrophie des nerfs optiques des deux côtés. Enfin, la colonne vertébrale était douloureuse à la pression sur toute sa hauteur, et il existait de la rétention d'urine avec incontinence par regorgement.

Les circonstances anatomo-pathologiques relevées dans ces deux cas rendaient parfaitement compte de ces particularités cliniques. Dans les deux cas aussi, les trois enveloppes du neurone participaient au processus morbide, ainsi que la moelle elle-même. Dans les deux cas, cette méningo-myélite dépassait, en haut et en bas, les limites du segment cervical, remontait en haut jusque dans le bulbe et dans le cerveau. Cet envahissement du cerveau s'était révélé, dans le second cas, par certaines manifestations cliniques, du vivant du sujet.

Somme toute, ce que Charcot a décrit sous le nom de pachyméningite cervicale hypertrophique est, le plus souvent, une méningo-myélite moins circonscrite que le fait supposer l'épithète de cervicale. Non pas qu'il n'existe pas de parenchyméningite ni de méningite hypertrophique cervicale pure. Cette forme pure se développe sous l'influence du traumatisme, tandis que la forme bâtarde, la méningo-myélite, moins bien circonscrite, compte la syphilis comme principal facteur étiologique, mais d'autres causes peuvent présider à son développement. E. RICKLIN.

Ueber einen Fall von Rückenmarkstuberkel, par GERHARDT (*Berlin. klin. Woch., n° 22, p. 482, 3 juin 1895*).

Homme de 38 ans, sans tare héréditaire, exempté du service militaire pour insuffisance du périmètre thoracique. En 1889, il joint à son métier de cordonnier celui d'infirmier et a alors pour la première fois des douleurs dans la poitrine et du catarrhe qui nécessitent 3 mois d'hospitalisation; en 1892, douleur intrathoracique brusque suivie d'hémoptysies qui se répètent l'année suivante; en novembre 1893, aggravation à la suite d'un refroidissement et dès lors céphalée; en août 1894, à quelques jours d'intervalle, il est pris soudain de faiblesse dans le côté droit du corps, puis dans le côté gauche, avec gêne de la parole. Tandis que le trouble du langage et la faiblesse du côté droit disparurent peu à peu, il subsista un certain engourdissement de la main gauche et les forces déclinèrent rapidement. Etat le 25 octobre : Emaciation, pâleur, poids de 40 kilos, cavernes au sommet droit, apyrexie; fente palpébrale et pupille gauches un peu plus étroites et langue déviée à gauche. Atrophie du membre supérieur gauche, portant sur l'éminence thénar, les muscles du pouce, les interosseux et la majeure partie des muscles du bras; la main est en griffe; au niveau du coude, il y a aussi un peu de contracture en flexion. Mouvements de la main gauche beaucoup moins énergiques et incertains; le membre inférieur correspondant offre aussi de la faiblesse jointe à de l'ataxie. D'autre part, la sensibilité est moindre et altérée à droite; sauf au bras, la sensibilité au contact est partout moins fine qu'à gauche; les piqûres n'éveillent aucune douleur mais uniquement le sentiment de froid. Nulle part le rachis n'est sensible à l'exploration ou à la percussion, mais la flexion un peu marquée de la tête en arrière est impossible à cause de la douleur qui survient dans les vertèbres cervicales; ce phénomène s'accentua de plus en plus, de sorte que le malade en arriva à maintenir sa tête avec les mains pour l'empêcher de fléchir. Ultérieurement apparurent une éruption

d'herpès sur l'épaule gauche; des douleurs en ceinture scapulaire, irradiant bientôt jusqu'à la partie inférieure de la cage thoracique; enfin, dans les derniers temps, des paroxymes douloureux brusques dans la colonne cervicale avec irradiations variées.

Mort 2 mois après l'entrée, par les progrès de la tuberculose pulmonaire. Autopsie : Outre les cavernes du poumon, un petit tubercule lenticulaire dans le lobe occipital droit, à cheval sur les deux substances et, dans la moelle, commençant à 7 centimètres du pont de Varole, une tumeur de même nature, de la grosseur d'une cerise, entourée d'une zone peu étendue de ramollissement. Ce tubercule, sur les coupes, occupait toute la moitié gauche de l'épaisseur de la moelle, arrivant jusqu'à la surface, et à droite une grande partie de la substance grise et une portion de la substance blanche adjacente, en s'étendant à la hauteur des 5e, 6e et 7e paires des nerfs cervicaux. J. B.

Recherches cliniques, bactériologiques, histologiques et expérimentales pour servir à l'histoire de l'hérédité de la tuberculose humaine, par BOLOGNESI (*Thèse de Paris*, *1895*).

L'hérédité tuberculeuse maternelle est surtout une affaire de prédisposition, d'aptitude, la mère léguant à son enfant un terrain apte au développement du bacille et qui en fait un candidat à la tuberculose.

Dans sa forme directe, cette hérédité est tout à fait exceptionnelle. Cependant, la tuberculose congénitale d'origine maternelle par hérédo-contagion existe dans quelques cas. Parfois, c'est que la mère était atteinte d'une bacillose généralisée qui amenait l'infection des organes génitaux, du placenta et du fœtus, comme de tous les autres organes. Il faut ici que les lésions tuberculeuses du placenta soient assez avancées. On s'est demandé aussi si le liquide amniotique infecté ne pourrait pas servir d'intermédiaire.

L'hérédo-prédisposition étant la règle et l'hérédo-contagion un accident exceptionnel, les enfants nés de mères tuberculeuses doivent être rigoureusement soustraits, non seulement à l'allaitement, mais aux soins maternels et à tous contacts susceptibles de devenir infectants. GIRODE.

Ueber Sensibilitaetsstörungen bei Tabes dorsalis und ihre Localisation (Sur les troubles de la sensibilité dans le tabes dorsalis et sur leur localisation), par M. LAER (*Archiv f. Psychiatrie*, *XXVII*, *3*, *p. 688*).

Dans ce travail l'auteur rend compte des recherches qui ont été faites dans le service de Mendel, et qui ont eu pour objet l'étude des troubles de la sensibilité chez des tabétiques. Le point de départ de ces recherches a été l'étude spéciale des troubles de la sensibilité qui, chez les tabétiques, ont pour siège le tronc. Toutes les variétés de troubles sensitifs, quel que fût leur siège, ont été ensuite englobées dans les recherches dont la relation ne comporte guère moins de soixante pages d'impression. Voici les conclusions sous la forme desquelles l'auteur a résumé les résultats obtenus :

1° Parmi les troubles de la sensibilité, qu'on rencontre dans les cas de tabes dorsalis, l'hypoesthésie du tronc paraît être une manifestation constante et précoce ;

2° Cette hypoesthésie ne consiste longtemps qu'en une perception

amoindrie des impressions développées par un léger contact ; par contre, aux jambes, il est de règle que les troubles sensitifs débutent par l'émoussement de la sensibilité tactile et par une aptitude moindre à juger la position des membres ;

3° La distribution de l'hypoesthésie au tronc répond habituellement au domaine d'innervation des nerfs dorsaux moyens et inférieurs ; son extension progressive suit une marche sensiblement symétrique, en bas et en haut ; l'envahissement des bras a quelque chose de caractéristique.

Dans les régions lombaires et sacrées, la zone d'hypoesthésie reste parsemée assez longtemps d'îlots au niveau desquels la sensibilité est normale ;

4° Le mode d'extension de cette anesthésie a quelque chose de caractéristique, en ce sens qu'il ne répond pas au mode de distribution des nerfs périphériques, mais à celui des racines spinales et des fibres intraspinales. C'est du moins ce qui résulte de la comparaison de ces troubles avec ceux qu'on observe dans les cas de lésion de la moelle et des racines postérieures. Si, d'une part, les observations anatomo-pathologiques les plus récentes établissent que la dégénérescence tabétique atteint à différents niveaux les fibres intra-spinales de certaines parties des zones radiculaires, la même chose est démontrée cliniquement par la distribution de la plupart des hypoesthésies. Ce qui ne veut pas dire que dans les cas de tabes, des anesthésies ne puissent se développer sous l'influence d'une affection des nerfs périphériques ;

5° A la limite de l'hypoesthésie et entre les zones hypoesthésiques, on constate le plus souvent une hypéralgésie très prononcée, principalement pour les impressions de froid. A ce niveau, l'excitabilité réflexe est très développée, tandis qu'elle est fortement abaissée, voire supprimée, au siège de l'hypoesthésie ;

6° Des troubles sensitifs d'ordre irritatif accompagnent souvent, mais non toujours, l'anesthésie. Une anesthésie très prononcée, mise en évidence par la compression du cubital, paraît être de règle dans les cas de tabes.

En tant que manifestions cliniques d'une affection de certains territoires radiculaires de la moelle, ces anesthésies sont à même de nous fournir de plus amples renseignements sur la distribution des nerfs périphériques cutanés.

E. RICKLIN.

Sur un cas de diplégie faciale totale d'origine artérielle, par LABADIE-LAGRAVE et BOIX (*Arch. gén. de méd., janvier 1896*).

Une femme de 29 ans est prise, au cours d'une fièvre puerpérale, d'endo-péricardite (avril-juillet 1893). En décembre 1894, la cardiopathie se manifeste par des étouffements, de l'enflure des jambes le soir, etc. Le 26 janvier 1895, après avoir ressenti depuis trois jours, en un point limité de la nuque, une douleur localisée qui n'empêchait pas le sommeil, elle s'aperçoit tout à coup que sa bouche va de travers, sans étourdissement ni embarras de la parole ; il s'agissait d'une paralysie faciale gauche totale. Le 30 au matin, la bouche commence à se remettre droite, mais la parole, gênée depuis deux jours, devient plus embarrassée et l'œil droit se met à pleurer. Le 1er février, la diplégie faciale était très nette : face immobile, paupières se fermant incomplètement, bouche horizontale, déglutition difficile, voile du

palais flasque; la langue est très mobile; les muscles masticateurs sont intacts. Les muscles innervés par le facial inférieur ont perdu toute leur excitabilité électrique; pour les muscles innervés par le facial supérieur, à gauche, légère excitabilité faradique de l'orbiculaire des paupières, et galvanique de ce muscle, du sourcilier et du frontal; à droite, légère excitabilité galvanique du frontal.

L'examen du cœur montre qu'il est hypertrophié, et on y entend des souffles nombreux attribués, les uns à une insuffisance mitrale, les autres à une insuffisance aortique et à de l'aortite.

L'amélioration de la paralysie s'est faite spontanément; le côté gauche a le premier repris quelques mouvements, d'abord dans la sphère du facial supérieur gauche; puis dans celle du facial inférieur gauche et du supérieur droit, enfin dans celle du facial inférieur droit. Le 5 mai, la malade avait encore un degré assez prononcé de paralysie faciale droite.

Les auteurs concluent à une double paralysie périphérique avec lésion localisée entre le genou du facial et le ganglion géniculé.

Étudiant les causes originelles, ils éliminent l'otite double, l'hystérie, la syphilis, le refroidissement, la névrite infectieuse, et admettent l'existence d'un embolus dans la vertébrale gauche et le tronc basilaire, obstruant successivement les orifices des artères radiculaires gauche et droite. H. L.

Affections spasmo-paralytiques infantiles, par HARTEMANN (*Thèse de Nancy, 1895*).

L'auteur, s'appuyant sur 10 observations personnelles soigneusement étudiées, admet que les symptômes observés chez les spasmo-paralytiques infantiles ont passé, par transitions insensibles, de la rigidité généralisée, à la rigidité paraplégique, à l'athétose double et à la chorée congénitale, et il considère ces affections comme appartenant à une grande et même famille morbide. Mais il sépare de ces types cliniques l'hémiplégie spasmodique simple ou bilatérale dont les symptômes sont très différents.

Il existe une forme familiale de la maladie de Little. Dans certains cas cette forme familiale présente avec le tabes spasmodique familial des adultes de grandes affinités. Quelques observations rapprochent cette forme, sans toutefois la confondre, de la maladie de Friedreich et surtout de l'hérédo-ataxie cérébelleuse.

Ces diverses affections, presque toujours congénitales, souvent familiales, quelquefois héréditaires, sont sans doute dues à un processus dégénératif inné de certaines régions du système nerveux. Ce processus dégénératif, se produisant à des étapes différentes de l'existence, de préférence dans le tout jeune âge, frapperait distinctement ou concomitamment certains systèmes, ce qui réaliserait les types purs ou les formes de transition. Bon travail résumant bien la question. P. S.

Transitcrische Hemianopsis und concentrische Gesichtsfeldeinschränkung bei einem Fälle von cerebraler Kinderlähmung (Hémianopsie transitoire et rétrécissement concentrique du champ visuel dans un cas de paralysie cérébrale infantile), par W. KŒNIG (*Archiv f. Psychiat., XXVII, 3, p. 937, 1895*).

Chez une fillette de 12 ans, épileptique, et qui, quelques années auparavant,

avait fait l'objet d'une présentation à la Société de psychiatrie de Berlin, comme réalisant un exemple d'une forme rare de paralysie cérébrale infantile, des troubles aigus de la vision étaient survenus le 5 janvier 1895, à la suite d'attaques convulsives répétées. A cette date, on avait constaté une hémianopsie homonyme droite, avec rétrécissement concentrique de la portion intacte du champ visuel (S=1/2). Au bout de quelques semaines, l'hémianopsie s'est dissipée progressivement. En même temps, les limites du champ visuel ont subi des oscillations nombreuses et très accentuées, finalement, elles sont redevenues normales après que l'hémaniopsie se fut dissipée, de même l'acuité visuelle s'est rétablie.

L'auteur a soutenu cette thèse qu'il s'agissait, chez cet enfant, de deux troubles fonctionnels distincts, eu égard à leur cause et à leur origine. L'hémianopsie devait dépendre de troubles circulatoires, tandis que le rétrécissement concentrique du champ visuel était d'essence dynamique et comparable à celui qu'on observe dans les cas d'hystérie.

D'après l'auteur, l'intérêt de ce cas réside dans les trois circonstances suivantes :

1° C'est la première fois qu'on observe une hémianopsie transitoire dans un cas de paralysie infantile;

2° Cette hémianopsie s'est compliquée d'un rétrécissement du champ visuel;

3° Ces deux troubles fonctionnels distincts, au point de vue de leur mécanisme de production, ont évolué séparément.

E. RICKLIN.

Du réveil des affections anciennes des centres nerveux, par R. PAULY (*Thèse de Lyon, 1895*).

Parmi les affections des centres nerveux qui peuvent, à des années de distance, se réveiller et donner lieu à une symptomatologie nouvelle, les plus connues concernent la paralysie infantile qui peut se réveiller quinze, vingt, quarante ans après la première atteinte. Comme causes de ce réveil, on a noté l'influence du froid humide, du surmenage, des traumatismes. Tantôt il se produit une paralysie spinale aiguë, tantôt une atrophie musculaire progressive de types différents et d'une marche irrégulière. Au point de vue anatomique, il s'agit d'une extension des lésions aux cellules des cornes antérieures de la moelle. Ce réveil d'un ancien foyer de myélite est difficile à expliquer; peut être faut-il l'attribuer à un réveil microbien, ou bien la lésion a-t-elle joué simplement le rôle de lieu de moindre résistance.

P. rapporte, en outre, un fait d'hémiplégie cérébrale infantile, s'aggravant cinquante ans plus tard et à la suite d'un ictus, s'accompagnant d'une augmentation des contractures; ce qui prouve que le réveil d'anciennes lésions peut se produire du côté du cerveau aussi bien que sur la moelle.

H. FRENKEL.

Un cas de polyesthésie et de macroesthésie, par STCHERBAK et IVANOFF (*Arch. de méd. exp., VII, 5*).

Un malade présente, dans la sphère de distribution du médian droit, un trouble curieux caractérisé principalement par ce fait qu'un simple attouchement de la peau et surtout de la palpation d'un objet, éveillent la sensation

d'un objet plus grand et de plusieurs objets de volume et de forme bien définies : macroesthésie et polyesthésie. Ces deux phénomènes pouvaient varier d'intensité d'un jour à l'autre. On notait, concomitamment, une diminution de la sensibilité tactile et du sens musculaire, des douleurs, des paresthésies, des troubles trophiques. En somme, c'est le tableau tout à la fois de l'hystérie et de la polynévrite : mais le classement précis du cas est difficile.

GIRODE.

On diphtheric paralysis, par E.-W. GOODALL (*Brain, LXX et LXXI, p. 283, 1895*)

Statistique portant sur 1,071 cas de diphtérie, avec 125 cas de paralysie diphtérique. L'auteur fait ressortir les proportions suivantes : Légère prédominance des cas de paralysie chez les filles. Fréquence maximum de la paralysie de 3 à 7 ans, comme pour la diphtérie elle-même. Le début de la paralysie survient le plus souvent dans la 2e et la 3e semaine, jamais avant le 7e jour ni après le 40e ; elle intéresse toujours au début les muscles du voile du palais ou les muscles ciliaires, ces derniers dans la proportion de 20 pour 80. Après, ce sont les membres inférieurs, ceux du globe de l'œil, puis ceux du bras, enfin le larynx et le diaphragme, qui sont intéressés. Les muscles de la face, la langue et les sphincters ne sont jamais envahis.

Contrairement à ce qui a été longtemps enseigné, l'intensité de la paralysie paraît être parallèle à l'intensité de l'infection diphtérique et à l'abondance de l'exsudat pharyngien. Les cas compliqués d'albuminurie sont également ceux qui s'accompagnent de préférence de paralysie. La mort survient toujours, en pareil cas, par défaillance cardiaque, autrement dit par paralysie du pneumogastrique. H. R.

Ueber einige seltenere Veränderungen im Muskelapparat (Sur quelques altérations rares de l'appareil musculaire), par FURSTNER (*Archiv f. Psychiatrie, XXVII, 2, p. 600*).

Sous le titre de myotomie acquise, Fürstner publie l'observation d'un comptable, âgé de 22 ans, dont deux frères étaient sourds-muets, et qui lui-même avait présenté une disposition à la mélancolie ; pas d'autres indices d'une tare neuropathique. Le sujet en question avait contracté un chancre en 1891 ; il s'en préoccupait beaucoup, quoiqu'il n'eût pas présenté de manifestations secondaires.

En janvier 1892, le malade éprouva des troubles respiratoires ; quand il respirait un peu fortement, l'entourage percevait un sifflement bruyant ; en même temps, le malade avait conscience d'une tension des muscles du cou.

Au mois de mars de la même année, les doigts des deux mains, mais surtout l'index et le médius, étaient envahis de temps à autre par un spasme tonique, qui les fixait dans l'extension. Le malade ne pouvait corriger cette attitude qu'au bout d'un certain temps.

Au mois de juillet est survenue une gêne particulière de la démarche. Au premier pas qu'essayait de faire le malade, la jambe devenait raide, la progression en avant devenait impossible. Au bout de quelques instants, le malade redevenait maître de ses muscles et pouvait se mettre en marche. Peu à peu, cette myotonie a envahi d'autres groupes de muscles, et son intensité est allée partout en augmentant. Ainsi, quand le malade saisissait un objet, 20 secondes et davantage se passaient avant qu'il put le lâcher des mains ; lorsqu'il opérait l'extension ou l'écartement des doigts, il lui fallait

un certain temps et beaucoup d'efforts pour modifier cette attitude. Cet état de myotonie devenait très manifeste quand le malade serrait la main à quelqu'un, les contractions musculaires nécessitées par le rire, la mimique, avaient également une durée insolite.

A la palpation, beaucoup de muscles, notamment les fléchisseurs et les extenseurs à l'avant-bras, ceux des éminences thénar et hypothénar avaient une consistance dure et un volume exagéré.

Les réflexes patellaires étaient manifestement faibles. Les autres fonctions, notamment la sensibilité, étaient intactes, à cela près qu'il y avait une exagération très prononcée de l'excitabilité vaso-motrice ; sous l'influence d'un traitement qui a consisté dans des bains chauds, dans des exercices méthodiques de gymnastique, dans l'administration interne de la liqueur de Fowler et dans l'emploi de la suggestion, l'état du malade s'est notablement amélioré.

L'auteur examine les relations de ce cas avec la maladie de Thomsen et avec les autres formes de myotonie, dont il a été publié des exemples dans ces derniers temps. Il ne formule pas de conclusion précise.

Deux observations, qui concernent un frère et une sœur, respectivement âgés de 16 et de 14 ans 1/2, réalisent des exemples d'absence congénitale de la plus grande partie du quadriceps fémoral des deux côtés ; seul, le vaste externe persistait encore. Cette malformation avait été remarquée dès les premières tentatives de marche faites par les deux sujets.

Cette circonstance et la parfaite analogie que présentait la malformation dans les deux cas plaident en faveur d'une origine congénitale. Rien de pareil n'avait été observé chez les ascendants. Toutefois, la sœur de la mère avait donné le jour à deux enfants muets.

En troisième lieu, l'auteur relate un cas de myosite ossifiante progressive. La légitimité du diagnostic a été démontrée par les résultats de l'examen histologique d'un fragment de muscle excisé. Cet examen fournit une nouvelle fois la preuve que, dans la myosite ossifiante, les altérations n'ont pas leur point de départ dans le tissu contractile des muscles. La myosite affectait les muscles sterno-cléido-mastoïdiens, certains muscles du dos, des membres supérieurs, inférieurs, de la paroi abdominale et du bassin. E. RICKLIN.

Zur Casuistik des Paramyoclonus multiplex, par E. BREGMANN (*Arch. f. Psychiat., XVII, 2, p. 588, 1895*).

L'auteur publie un cas de paramyoclonus multiplex, chez un homme de 43 ans, pour faire ressortir la grande analogie de ce cas avec celui qui a servi à Friederich pour définir une affection nerveuse dont l'individualité nosologique est loin d'être acceptée par tous les pathologistes. Il a rappelé sur quels éléments est basé le diagnostic différentiel du paramyoclonus, de la chorée vulgaire et de la maladie des tics. Il a reconnu qu'il est impossible de tracer une ligne de démarcation précise entre le paramyoclonus et la chorée dite électrique. Enfin, après avoir rappelé les affinités étroites, admises par certains auteurs, entre l'hystérie et le paramyoclonus multiplex, il s'est attaché à démontrer que ce dernier ne saurait être englobé dans la grande névrose et que si le paramyoclonus s'associe souvent à l'hystérie, cette association est loin d'être constante. La même chose peut se dire des relations du paramyoclonus avec la neurasthésie.

L'auteur n'a rien trouvé à ajouter à ce qui a été dit sur la nature du paramyoclonus, affection fonctionnelle, *sine materia*, et sur le siège de cette affection. E. RICKLIN.

Pseudo-angines de poitrine : diagnostic et traitement par suggestion, par A. MARCHANT (*Thèse de Nancy, 1895*).

L'intérêt de cette thèse réside surtout dans les deux observations nouvelles et détaillées de pseudo-angine hystérique.

L'auteur pense que la suggestion dans les cas de ce genre est un excellent moyen de diagnostic d'avec l'angine vraie, et en même temps sert de traitement puissant. P. S.

Sur une variété d'hématémèse nerveuse fréquente dans l'hystérie, par HERMAN (*Thèse de Paris, 1895*).

L'auteur rapporte un assez grand nombre d'observations, tant personnelles qu'empruntées aux auteurs, d'un symptôme assez fréquent chez les hystériques et que l'on peut décrire de la façon suivante : Une expectoration sanguinolente, de couleur rosée, sirop de groseille étendu d'eau quand elle est récente, sirop de ratanhia dilué quand elle est ancienne, qui survient à propos d'une émotion, d'une attaque, ou de phénomènes nerveux du même ordre. Ce liquide peu abondant (quelques gorgées) est du sang dilué. Le liquide servant à la dilution est la salive. Dans certains cas cependant, outre celle-ci, on a pu retrouver la réaction HCl caractéristique de la présence du suc gastrique.

Ajoutées à certains faits cliniques, ces observations permettent de dire que le liquide en question provient tantôt de l'estomac, tantôt des glandes salivaires, tantôt des deux cavités à la fois.

La fréquence du symptôme chez les hystériques, sa rareté chez les autres malades atteints d'affections gastriques, les caractères spéciaux des sensations qui l'accompagnent, en particulier l'ébauche d'attaque qui le précède, autorisent à conclure que cette pituite hémorragique a une grande valeur pour le diagnostic de la névrose, et peut-être pourrait-on estimer celle-ci à l'égal d'un stigmate. P. S.

La fièvre hystérique, par CROUZET (*Thèse de Paris, 1895*).

La réalité de la fièvre hystérique est indiscutable aujourd'hui. L'auteur a pu en relever 22 observations dont une personnelle. La physionomie clinique varie trop pour qu'on puisse en décrire des formes définies. Aussi l'auteur distingue-t-il seulement : la fièvre hystérique, proprement dite, élévation thermique coïncidant avec des manifestations hystériques, et la fièvre hystérique avec pseudo affection viscérale; laissant de côté les cas de pseudo-fièvre hystérique décrite par Pinard.

Il considère l'hyperthermie ou fièvre hystérique comme l'équivalent thermique de l'état de mal hystérique. A l'inverse de ce qui existe pour les hyperthermies cum materiâ, la fièvre hystérique se juge par l'abaissement du résidu fixe de l'urée, c'est-à-dire par la formule chimique de l'attaque. P. S.

A history of the chronic degenerative diseases of the central nervous system, par Kirkpatrick MONRO (*Glasgow, 1895*).

C'est une suite d'historiques établissant les origines, la priorité des découvertes, les phases par lesquelles ont passé les principales affections chroniques du système nerveux, suivis chacun des principaux traités et mémoires auxquels on doit se reporter, et précédés d'une liste des noms sous lesquels elles ont été présentées et étudiées. L'auteur nous offre ainsi, d'une façon très impartiale d'ailleurs, l'histoire du tabes, de la paralysie spastique primitive, ou tabes dorsal spasmodique, de la sclérose combinée, de l'ataxie héréditaire, de l'atrophie musculaire progressive, de la paralysie bulbaire, de l'ophtalmoplégie, du type péronier de l'atrophie musculaire, de la sclérose en plaques. P. S.

La chorée congénitale, par VIGNAUD-DUPUY (*Thèse de Paris, 1895*).

L'auteur rapporte un grand nombre d'observations déjà connues,et une personnelle, de la comparaison desquelles il conclut que le plus souvent l'affection qu'on a appelée chorée congénitale appartient au groupe des affections spasmo-paralytiques infantiles dont elle représente un des types particuliers. Cette fausse chorée est caractérisée par des mouvements choréiformes survenant dans le cours d'une affection dont les symptômes prédominants sont des phénomènes de spasme, de rigidité ou de paralysie. Quelquefois on voit se développer chez l'enfant, dès la naissance, des mouvements choréiformes qui ressemblent en tous points à ceux qu'on observe dans la chorée de Sydenham, qui ne coïncident avec aucune rigidité spasmodique et réalisent la variété qui nous paraît seule mériter la dénomination de chorée congénitale.

Cette affection s'accompagne de troubles du langage, de modifications de caractère et d'un développement incomplet de l'intelligence, dont le degré est essentiellement variable. Les sensibilités, la force musculaire et les grandes fonctions organiques restent normales.

Cette affection paraît se rattacher à des antécédents névropathiques ou toxiques des parents. Le plus souvent elle paraît résulter plus directement d'accidents ou de maladies survenus au cours de la grossesse. Elle est essentiellement chronique, et dure toute la vie.

Elle se rattache vraisemblablement, comme les diplégies spasmodiques, à des troubles d'évolution du cerveau. P. S.

Névrite paludéenne périphérique, par CATRIN (*Soc. méd. des hôp., 11 janvier 1895*).

Un homme de 28 ans contracte au Soudan (juillet 1894) des accès de fièvre intermittents à type tierce, puis, survient au bout de 3 mois, une crise comateuse durant 29 heures ; pendant 3 jours après le réveil, il avait perdu la mémoire ; elle revint peu à peu, mais incomplète ; en même temps, la jambe et le pied droits étaient paralysés et insensibles ; il éprouvait des douleurs à la cuisse droite et dans tout le membre inférieur gauche, suivant le trajet du sciatique, il portait aussi deux plaques rouges l'une au-dessus de la malléole

interne gauche, l'autre à la face postérieure de la jambe droite au tiers supérieur, toutes deux hypéresthésiées.

Le malade éprouva encore des accès de fièvre pendant la traversée, puis à Bordeaux ; des injections sous-cutanées de quinine et d'antipyrine amènent une amélioration.

Le 24 décembre on note une anémie notable ; le pied droit déformé en varus talus ; cyanose légère et œdème ; deux taches bistres, répondant aux plaques hypéresthésiées ; abaissement notable de la température de la jambe et du pied droits, mensuration égale des cuisses, mollets, pieds.

A partir d'un point situé à 3 travers de doigt au-dessus des malléoles, troubles de sensibilité dans la région externe de la jambe, du pied et aux 5 orteils, il y a hypéresthésie notable et en même temps anesthésie ; la douleur est provoquée par la palpation profonde, l'extension des orteils ; pas de retard de la sensibilité.

L'exploration électrique montre un commencement de réaction de dégénérescence.

Les mouvements spontanés du pied sont limités, mais indolores.

Aucun stigmate d'hystérie ; aucun signe de tabes. H. L.

Die angiospastische Herzerweiterung (Dilatation angiospastique du cœur), par J. JACOB (*Zeitsch. f. klin. Med., XXVIII, p. 297, 328*).

Angoisse, malaise général, frisson avec agitation des membres, sensation de froid excessif, dyspnée, palpitations, vertiges, tels seraient les principaux symptômes qui annonceraient l'accès de dilatation angiospastique du cœur. Le pouls dur et petit bat jusqu'à 140 fois et plus par minute. La percussion indique une augmentation transversale de la matité, surtout à droite. Le choc de la pointe est tantôt étalé, tantôt faible, tantôt nul. Parfois aussi le pouls est bigéminé ou ralenti.

Les malades sont souvent des femmes nerveuses ; l'accès survient par un effort musculaire, une émotion, le contact de l'eau froide ou sans cause appréciable. Il dure une heure au moins, souvent plus.

Fait qui semble indiquer le rôle du spasme et de l'élévation tantôt lente, tantôt brusque de la tension artérielle, la morphine donne d'excellents résultats en diminuant sans doute l'excitabilité du centre vasomoteur bulbaire. La digitale est entièrement nuisible. A.-F. PLICQUE.

Sur l'angiomyopathie (myopathie d'origine vasculaire), par MARINESCO (*Semaine méd., 15 février 1896*).

Homme de 59 ans. Famille de névropathes. En 1865, le malade a une crise de mélancolie avec délire d'auto-accusation. En 1885, légers accès d'angine de poitrine, puis claudication intermittente.

En 1891, accès de mélancolie jalouse, puis retour de la claudication. Atrophie du membre inférieur droit et sphacèle qui nécessite l'amputation médio-tarsienne, puis de la jambe droite. Mort subite un mois plus tard. Pas d'autopsie. L'examen de la jambe montre des lésions très marquées d'artérite oblitérante progressive. Pas de lésion des tissus nerveux. Altérations graves de tous les muscles ; dégénérescence hyaline, coagulation partielle de la fibre musculaire, etc., lésions de la myopathie progressive au plus haut degré.

M. pense que les troubles musculaires sont dans ce cas sous la dépendance des lésions vasculaires, artérite généralisée progressive, déter-

minant l'ischémie et l'atrophie graduelle des masses musculaires. C'est une variété spéciale de myopathie. A. C.

Ueber intermittirendes Hinken und Arteritis der Beine (Claudication intermittente de Charcot), par S. GOLDFLAM (*Deutsche med. Woch.*, *n° 36*, *p. 587*, *1895*).

Les 6 cas de claudication intermittente que l'auteur a eu l'occasion d'observer se rapportent assez fidèlement à la description de Charcot. Les malades au repos peuvent faire tous les mouvements, ils peuvent se tenir assez longtemps debout, les troubles ne se montrent que dans la marche. Au bout d'un quart d'heure, quelquefois 5 à 10 minutes, de marche, les malades éprouvent un sentiment de fatigue rarement une douleur dans les jambes et cette sensation de fatigue est tellement forte qu'ils doivent s'arrêter. La plupart fixent le siège de leur douleur dans la région supérieure de la cuisse ou de la fesse. Après quelques minutes de repos, ils peuvent reprendre leur marche, mais bientôt la même sensation de fatigue se reproduit, et c'est ici que les observations de Goldflam s'éloignent de celles de Charcot : les repos imposés par la fatigue se rapprochent de plus en plus et deviennent de plus en plus longs; il arrive bientôt un moment où le malade ne peut plus avancer. En général, le malaise ne se produit que dans la marche rapide. Les malades observés par Goldflam étaient tous âgés; tous, sauf un, avaient dépassé la cinquantaine. Dans un certain nombre de cas, la maladie ne frappait qu'une jambe. Dans 3 cas, les pulsations de la pédieuse et de l'artère tibiale postérieure manquaient du côté malade. Dans les cas où les deux membres étaient atteints, les pulsations manquaient ou étaient très faibles des deux côtés. L'atrophie du côté malade avec intégrité électrique se manifestait dans un cas par une différence de 4 centimètres à la racine du membre. Les membres malades étaient pâles et refroidis ou présentaient de la rougeur ou de la cyanose; dans ce dernier cas, le pied devenait pâle au moment du phénomène. La sensibilité et les réflexes sont conservés. Dans 4 cas, la gangrène s'est montrée dans le membre malade, précédée de douleurs très violentes; deux fois seulement, les malades ont obtenu de l'amélioration sous l'influence du traitement. Aucun des malades n'était diabétique. L'artério-sclérose domine l'étiologie, les professions qui astreignent à de grands efforts de marche prédisposent. Les douleurs éprouvées par les malades ne paraissent pas uniquement dues au trouble de la circulation sanguine, elles paraissent plutôt en rapport avec des troubles nerveux ou peut-être d'origine vasculaire (Nothnagel).

Les maladies qui accompagnaient la claudication intermittente étaient l'angine de poitrine (1 cas), la goutte (1 cas) des affections cardiaques et surtout l'insuffisance aortique. H. DE BRINON.

Sur la pathogénie des gangrènes pulmonaires, par BABES (*Semaine médicale 18 décembre 1895*).

B. étudie les gangrènes du poumon en dehors des gangrènes traumatiques, par corps étrangers, par continuité ou lésions de nutrition. Ces gangrènes offrent trois variétés :

1° Gangrène générale diffuse s'accompagnant d'un état œdémateux et souvent hémorragique ou gélatineux ;

2° Gangrène diffuse avec cavernes ;

3° Gangrène à foyers disséminés fréquemment accompagnée de bronchite putride.

Il n'existe pas, d'après B., de gangrène primitive ; dans les cas à caractère épidémique, on trouve des lésions amygdaliennes ou pharyngées qui expliquent l'infection. La plupart des gangrènes sont liées à la bronchite putride, à des pneumonies de nature spéciale, caractérisées par la présence d'un streptocoque ou staphylocoque d'une virulence extraordinaire, amenant la nécrose des tissus et qui s'associent avec divers microbes, l'un ressemblant au coli bacille, l'autre, variété du bacille de l'œdème malin. On trouve également des bacilles du groupe des diphtérides.

B. n'a pu établir encore de rapports de causalité entre ces microbes et l'apparition du sphacèle pulmonaire. A. CARTAZ..

Ueber vicariirende Menstruation durch die Lungen und ihre Beziehung zur Tuberkulose....., par KOBER (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 2*, *p. 32*, *14 janvier 1895*).

Fille de 19 ans, régulièrement menstruée depuis 2 ans. Le père, âgé de 62 ans, a eu, au service militaire, il y a une quarantaine d'années, une hémoptysie ; sur 10 frères et sœurs, une de celles-ci est morte de tuberculose aiguë et un frère a eu une hémoptysie.

Le 10 février 1890, apparition des règles qui sont peu abondantes et ne durent que quelques heures, mais font place à une hémoptysie d'une violence extrême qui se répète les deux jours suivants, malgré les médicaments. Puis la fièvre s'allume (39°) et l'on constate à la partie postéro-inférieure des deux poumons un peu de matité avec murmure vésiculaire exagéré, respiration bronchique même par places et légère augmentation des vibrations thoraciques. Une dizaine de jours plus tard, la jeune fille était en pleine santé, on ne trouvait à l'auscultation des poumons qu'une respiration un peu rude au niveau des bases et l'examen des crachats n'avait révélé ni bacilles tuberculeux, ni fibres élastiques.

Quatre semaines plus tard, le 4 mars, à l'époque des menstrues, 3 hémoptysies, fièvre, submatité, etc. Guérison comme la première fois, mais bientôt se développe une bronchite du sommet droit. Puis une diarrhée incoercible, de l'amaigrissement, une fièvre vespérale intense, puis dès la fin de mai, des sueurs nocturnes et enfin la mort au milieu de juin, sans que Kober ait trouvé de bacilles tuberculeux dans les crachats. J. B.

Les infections bronchiques chez le vieillard, par SAINZ (*Thèse de Paris*, *1895*).

Ce n'est point par leurs manifestations cliniques que ces bronchites peuvent se catégoriser. Les signes physiques, l'expectoration purulente tenace n'ont rien de spécial. Même les accès fébriles irréguliers à grandes oscillations traduisent l'influence du streptocoque, mais sans en fixer la forme.

Bien plus importantes sont les relations de ces bronchites avec l'infection. Ce sont en réalité des infections bronchiques, susceptibles de s'adjoindre une série de processus infectieux secondaires, la broncho-pneumonie simple ou infectante et pyogénique, la gangrène bronchique

ou pulmonaire avec toutes ses suites. Comme microbes, on retrouve ici les germes de la bouche, le streptocoque, le bacterium termo, le coli-bacille, l'aureus, l'albus et le citreus, le tétragène, le pneumocoque. L'intervention du coli-bacille peut imprimer une allure cholériforme aux accidents. Il est bon de noter que la perméabilité rénale est souvent compromise, et que la bronchite masque souvent une néphrite. La thérapeutique tiendra compte de cette particularité. GIRODE.

Un cas de cancer broncho-pulmonaire, par Léopold LÉVI (*Archives de médecine, septembre 1895*).

Chez un homme âgé de 49 ans, présentant les signes classiques d'une tumeur du médiastin (œdème et cyanose de la partie supérieure du tronc avec veinosités supplémentaires du thorax) on notait au sommet du poumon droit des symptômes pouvant faire penser à un pneumothorax ; sonorité, absence du murmure vésiculaire et des vibrations, souffle caverneux à résonance amphorique, mais sans tintement métallique ni bruit d'airain.

L'explication de ces symptômes fut fournie par l'autopsie ; on trouva une tumeur cancéreuse, mobile, sorte de polype, obstruant complètement la bronche droite; le poumon n'était pas refoulé sur lui-même. H. L.

Lehre von Pneumothorax, par SACKUR (*Zeitschr. f. klin. Med., XXIX, p. 25*).

S. a étudié sur l'animal le travail compensateur qui se produit en cas de pneumothorax. Les inspirations deviennent plus fréquentes, plus profondes. Cette stimulation fonctionnelle du poumon sain ne dépend pas du pneumogastrique, car elle persiste en cas de section des nerfs. Elle est également indépendante de la pression artérielle. L'excitation est dûe au défaut d'oxygénation du sang, oxygénation qui, dans le pneumothorax, tombe rapidement au-dessous de la normale.

Ce défaut d'oxygénation explique pourquoi les sujets atteints de pneumothorax supportent mal les interventions chirurgicales, l'hémorragie, le chloroforme augmentant la désoxygénation.

Dans les expériences, les pneumothorax ouverts ont toujours été moins bien tolérés, plus graves, plus facilement mortels que les pneumothorax fermés. A.-F. PLICQUE.

Une complication insolite du pyopneumothorax : la migration spontanée du pus à la région lombaire, par GALLIARD (*Soc. méd. des hôp., 15 novembre 1895*).

Un homme de 40 ans était porteur, depuis près d'une année, d'un pyopneumothorax du côté droit, plusieurs fois ponctionné. Le 3 juillet 1895, il signale l'existence d'une tumeur aux lombes, molle, fluctuante, se tendant sous l'influence des secousses de toux, se réduisant partiellement sous la pression lente ; une ponction, pratiquée le 11, amène l'issue d'un litre de pus verdâtre ; le 19, le collodion occlusif est tombé, le pus sort par l'orifice de la ponction, accompagné de sifflement d'air, quand le malade tousse ; pas de liquide dans la plèvre. Le malade se cachectise et meurt le 15 septembre.

A l'autopsie, on trouve la plèvre droite ne contenant que des gaz, recouverte d'un enduit blanchâtre, un entonnoir dans la gouttière costodiaphragmatique passant à travers les insertions du muscle au-dessous de la 12e côte. Le poumon droit est réduit à l'état de moignon, le foie a basculé et est tombé dans la fosse iliaque. H. L.

Secretion und Motilität des normalen Magens (Sécrétion et motilité de l'estomac normal), par A. SCHUELE (*Zeitschr. für klin. Med., XXIX, p. 49*).

S. distingue trois variétés d'hyperchlorhydrie : 1° celle où il y a excès d'acide libre avec quantité relativement petite d'acide combiné et qui est due à un trouble sécrétoire, 2° celle où il y a excès d'acidité totale avec taux normal d'acide libre et qui est liée à des troubles de la motilité et de la résorption ; 3° celle où il y a excès d'acidité totale et d'acide libre. Les rapports entre l'acide libre et combiné sont d'ailleurs très variables.

La sécrétion acide n'est guère influencée par le lait, la viande, les hydrocarbures, le chlorure de sodium à doses de 5 grammes. A doses plus élevées (16 à 24 grammes), le sel diminue la sécrétion chlorhydrique, l'acidité totale, la formation des peptones.

L'ingestion d'acide chlorhydrique augmente peu l'acidité et peut même la diminuer en raison de l'état catarrhal qu'elle provoque.

La motilité est avant tout une question dépendant du système nerveux (hystériques, neurasthéniques). L'action stimulante du bicarbonate de soude, du chlorure de sodium est mieux établie que celle de l'acide chlrhydrique.

La température des ingesta liquides modifie beaucoup la durée de leur séjour dans l'estomac. Les aliments solides y séjournent d'autant plus longtemps qu'ils sont plus consistants.

A.-F. PLICQUE.

Ein klinischer Beitrag zur Kenntniss und Behandlung der Erosionen des Magens, par Max EINHORN (*Berlin. klin. Woch., n° 20, p. 435, et n° 21, p. 457, 20 et 27 mai 1895*).

Relation de 7 observations qu'Einhorn résume ainsi : Les lavages de l'estomac à jeun ramènent toujours avec l'eau quelques lambeaux de muqueuse, teinte en rouge, ayant trois ou quatre dixièmes de centimètre de long et à peu près autant de large, qui, sous le microscope, laissent apercevoir des glandes bien conservées et des amas de globules rouges. En même temps, les malades sont amaigris et se sentent faibles ; ils éprouvent des douleurs, habituellement peu intenses, apparaissant immédiatement après le repas, quelle qu'en soit la composition et durant une ou ou deux heures ; rarement il existe des douleurs en dehors des repas : d'autre part, il y a fréquemment des intervalles libres sans douleurs, des périodes de temps où la santé est parfaite. Le sentiment de faiblesse est plus marqué après manger, pendant une demi-heure ou une heure. Six des malades présentaient une diminution de l'acide chlorhydrique et de l'acidité du contenu stomacal ; chez deux, en outre, il y avait toujours beaucoup de mucus. Le septième malade offrait, au contraire, une suracidité de suc gastrique due à l'acide chlorhydrique. Un seul des malades, chez lequel les lavages déterminaient des quintes de toux, perdait un peu de sang en même temps que les lambeaux de muqueuse.

L'absence habituelle d'hémorragie pendant le lavage de l'estomac prouve que les lambeaux étaient déjà détachés de la muqueuse ; les érosions qui succèdent nécessairement à ces exfoliations de la muqueuse expliquent les douleurs. Le plus grand nombre des malades était atteint d'un catarrhe chronique de l'estomac qui était la cause des exfoliations

de la muqueuse et des érosions consécutives. La marche de cet état morbide est excessivement traînante, durant, avec intervalles libres, un grand nombre d'années. Le traitement local est le plus important. Après un lavage tiède, Einhorn pulvérise directement dans l'estomac 10 grammes d'une solution de nitrate d'argent à 1 ou 2 pour mille; il répète ces pulvérisations tous les deux jours, tandis que dans les jours intermédiaires il fait la galvanisation de l'estomac. Au bout de peu de temps, l'eau des lavages ne ramène plus de lambeaux de muqueuse, les douleurs s'atténuent et les malades se sentent plus forts.

Le régime alimentaire n'a pas besoin d'être rigoureux; il suffit de repas fréquents, en évitant seulement les légumes lourds, les salades et les farineux. Les affusions froides, un peu de gymnastique et le séjour au grand air sont à recommander. Comme médicaments, le condurango et la noix vomique sont fréquemment indiqués, ainsi qu'une préparation ferrugineuse facilement assimilable. J. B.

Ueber die Loslösung eines Stückes der Pylorusschleimhaut mit der Magensonde, par Wilhem EBSTEIN (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 4*, *p. 69*, *28 janvier 1896*).

Femme de 31 ans, atteinte de dyspepsie et de troubles consécutifs de la nutrition depuis des années longtemps mis sur le compte de l'hystérie.

En 1887, vomissements répétés et fécaloïdes, absence des garde-robes douleurs stomacales violentes.

Le 4 avril 1893, sondage de l'estomac par Ebstein : contenu peu abondant mêlé, d'un peu de sang, dans la fenêtre de l'instrument, fragment de muqueuse gastrique long de 1cm8 large de 0cm,9 à bords nets et de teinte gris brunâtre. Diagnostic de rétrécissement pylorique. Le 27 avril, laparotomie par Kœnig. L'estomac et le diodénum sont rétrécis par des adhérences cicatricielles et soudés l'un à l'autre ainsi qu'au colon transverse; les rétrécissements ont provoqué une dilatation de l'estomac et surtout du duodénum. Après libération des adhérences qui étreignent l'estomac, le duodénum vide se remplit. La libération des adhérences fut très laborieuse. Intestin grêle étroit et vide. Ganglions caséeux et hypertrophiés mais non tuberculeux dans le mésentère.

Mort par péritonite septique le 1er mai, soit 26 jours après la blessure de l'estomac par la sonde. Autopsie : péritonite purulente péritonite adhésive, ancienne. Configuration anormale et dilatation de l'estomac et du duodénum qui est soudé au bord inférieur du foie. Ramollissement de la muqueuse gastrique. Plusieurs érosions hémorragiques au niveau de la petite courbure. Adhérences s'étendant jusqu'au détroit supérieur. Les cordons cicatriciels de péritonite ont produit une constriction circulaire de la région pylorique et de la partie inférieure du duodénum.

Ebstein avait introduit dans l'estomac une sonde anglaise, molle à fenêtre latérale; le fragment de muqueuse pylorique arraché correspondait exactement par ses dimensions à la fenêtre de l'instrument dans laquelle il était logé. A l'autopsie, la muqueuse gastrique n'offrait pas trace de perte de substance ni de cicatrice. J. B.

Des fonctions de l'estomac, étudiées sur un malade atteint de cancer du pylore et gastroentérostomisé, par DEBOVE et SOUPAULT (*Bulletin Acad. méd.*, *6 août 1895*).

Cette observation concerne un sujet de 37 ans, gastro-entérostomisé pour un ulcère suspect du pylore et chez lequel l'étude des fonctions de l'estomac,

après l'opération, a démontré les points suivants : la marche de la maladie a semblé indiquer qu'un cancer a succédé à l'ulcère. L'intervention chirurgicale a eu une heureuse influence. Les résultats de l'exploration gastrique, après l'opération, ont montré que la stase n'a pas cessé, que le suc pancréatique et la bile refluaient dans l'estomac et que ce reflux était sans inconvénients. Il y a eu engraissement rapide du malade, malgré le trouble des fonctions mécaniques et chimiques de l'estomac. OZENNE.

Ueber die Beziehungen..... (Des rapports des altérations, de la forme et de la situation de l'estomac et du gros intestin avec les troubles fonctionnels et les maladies de ces organes), par FLEINER (*Münch. med. Woch.*, *nos 42 et suiv.*, *1895*).

L'auteur classe de la façon suivante les modifications de situation et de forme de l'estomac : 1° Déplacements en haut. Ils sont très rares, dus à l'élévation du diaphragme, à la suite de pleurésie ou de pneumonie chronique, quelquefois au port du ceinturon. Ils s'accompagnent souvent de rumination, cardialgies, douleurs dans la déglutition ; 2° Déplacements latéraux, dus à une augmentation de volume du foie ou de la rate ; 3° Déplacements en bas, ou gastroptose, dus tantôt à des modifications de la forme de l'espace qui le contient, à l'entéroptose vraie, à la cyphose, à la leucémie, tantôt à l'abus du corset, qui comprime la base du thorax, force la grande courbure de l'estomac à s'abaisser. Cette anomalie gêne surtout les fonctions motrices de l'estomac et son évacuation dans l'intestin.

C'est encore, la plupart du temps, à la pression du corset que sont dues les anomalies de situation du gros intestin, soit par pression directe (abaissement), soit par l'intermédiaire de la compression de l'intestin grêle (élévation). Les stases fécales, la constipation atonique, les altérations organiques de la paroi intestinale, la côlite muco-membraneuse peuvent en être la conséquence. C. LUZET.

Sur le diagnostic de l'estomac biloculaire par l'insufflation, par L. BOUVERET (*Lyon méd.*, *2 février 1895*).

B. appelle l'attention sur les données importantes que peut fournir pour le diagnostic de l'estomac biloculaire l'insufflation.

Dans le cas où l'orifice de communication entre les deux poches n'est pas fermé par l'insufflation, l'estomac distendu apparaît généralement avec la forme d'un sablier.

Dans le cas où cet orifice se ferme, voici les signes qu'on peut constater : 1° contraste entre les résultats de la palpation (clapotage) et ceux de l'insufflation, la palpation localisant la plus grande courbure plus ou moins au-dessus de l'ombilic, tandis que l'insufflation la fait apparaître beaucoup plus haut ; 2° petite dimension de la cavité distendue par l'insufflation, ce qui ne concorde pas avec la notion de la sténose du pylore ; 3e position du point rétréci au niveau ou même à gauche de la ligne médiane. A. C.

I. — Que devient la digestion gastrique après la gastro-entérostomie, par HAYEM (*Soc. méd. des hôp.*, *8 novembre 1895*).

II. — La digestion stomacale après la gastro-entérostomie, par MATHIEU (*Ibid.*, *15 novembr 1895*).

I. — Hayem a pu étudier deux malades avant et après l'opération. Il a constaté d'abord que l'estomac peut retenir un certain temps les aliments ingérés, au moins partiellement, puis que le travail chimique de l'estomac n'est pas annulé ; les analyses chimiques montrent que l'opération transforme un type à peu près normal en apepsie bien caractérisée.

II. — M. a également constaté la persistance du séjour des aliments et de la digestion chlorhydro-peptique. H. L.

Sténose du pylore adhérent à la vésicule calculeuse, par L. BOUVERET (*Revue de méd.*, *10 janvier 1896*).

Ce mémoire est basé sur les observations de deux malades atteints de dilatation considérable de l'estomac et chez lesquels il existait des vomissements copieux soulageant le malade et renfermant de l'acide chlorhydrique en grande quantité.

Un amaigrissement très prononcé existait depuis de nombreux mois et allait toujours en augmentant.

Dans les antécédents on trouvait chez un malade le rejet par l'anus d'un calcul biliaire du volume d'une noix, rejet survenu deux ans avant le début des accidents stomacaux et chez l'autre malade plusieurs accès de coliques hépatiques antérieurs.

Dans ces deux cas la palpation abdominable ne fournissait aucun renseignement sur l'existence d'un obstacle pylorique ; cependant le diagnostic fut fait en se basant sur les commémoratifs, sur la résistance spéciale de l'estomac et la présence d'acide chlorhydrique en assez grande quantité dans le suc gastrique.

La laparotomie pratiquée dans les deux cas montra que le diagnostic de sténose pylorique était exact et que celle-ci était dûe à des adhérences du pylore ou plutôt de la première portion du duodénum avec la vésicule biliaire, adhérences produites par la rétractation cicatricielle d'une fistule cholécysto-duodénale. Dans un cas même le fond de la fistule était encore occupé par un calcul enchatonné.

Les deux malades succombèrent le premier a une hémorragie intra-gastrique, le deuxième à une péritonite.

A propos de ces deux cas, Bouveret discute longuement les diverses particularités du diagnostic et les dangers des interventions chirurgicales dirigées contre de semblables lésions. C. GIRAUDEAU.

Ulcère chronique du duodénum, par DEVIC et ROUX (*Broch. Lyon*, *1894*).

Devic et Roux relatent l'observation détaillée d'un malade saturnin qui pendant trois ans présenta des douleurs abdominales fort vives, localisées au niveau de l'hypochondre droit, du melœna, et dans les derniers temps de son existence, des signes d'anémie pernicieuse (pâleur extrême des téguments, hémorragies rétiniennes, fièvre, etc.).

Les douleurs abdominales étaient permanentes et leur maximum se trouvait à droite de la ligne médiane, au niveau de la ligne médiane. L'ingestion des quelques aliments pris par le malade, et notamment de la viande, des œufs, surtout du lait, paraissait les atténuer pendant un temps très court ; mais presque aussitôt après il y avait production d'une sensation de brûlure épigastrique, parfois des vomissements acides.

L'examen du suc gastrique fait à deux reprises, quelques jours avant la mort, montra une élévation notable de l'acidité totale 3,25 0/00 et 3,05 0/00, acidité due uniquement à l'acide chlorhydrique et d'autant plus remarquable, que le malade était extrêmement anémié et ne prenait qu'une quantité très faible d'aliments.

A la suite de l'examen chimique du suc gastrique, le bicarbonate de soude prescrit à doses assez élevées (9 gr. par jour en trois fois, après les repas), amena un soulagement marqué des douleurs, mais le malade était déjà dans un état de cachexie très avancé et la mort survint.

A l'autopsie, on trouva, sur la face postérieure du duodénum, à 5 centimètres de l'anneau pylorique, un ulcère de l'étendue d'une pièce de 5 francs et d'une profondeur de 8 à 10 millimètres.

Cette observation est remarquable en ce qu'aux signes classiques de l'ulcère duodénal : douleurs abdominales au siège d'élection, melœna, anémie, s'ajoutaient ceux de l'hyperchlorhydrie. Elle confirme l'opinion des auteurs, qui attribuent à l'ulcère duodénal la même pathogénie qu'à l'ulcère de l'estomac ; on sait d'ailleurs que, dans un certain nombre de faits, l'ulcère duodénal a coexisté avec un ulcère de l'estomac. G. LYON.

Ictère par dislocation de la travée hépatique, par HANOT (*Sem. méd.*, *11 décembre 1895*).

Certains ictères ne peuvent s'expliquer que par des modifications morphologiques de la cellule hépatique hypertrophiée ou désagrégée en blocs erratiques obstruant la canalisation biliaire dans l'intérieur du lobule ; de là l'obstacle à l'écoulement de la bile sécrétée pendant la période irritative.

C'est surtout dans l'ictère grave que se dessine la dislocation de la travée ; car la cellule subit successivement des modifications prolifératives, dégénératives et nécrobiotiques, et l'on constate, d'autre part, des altérations de tous les autres éléments constitutifs du foie. La dislocation de la travée peut donc coïncider avec l'angiocholite canaliculaire infectieuse.

Hanot a toujours constaté cette dislocation lorsque l'ictère n'était causé ni par les calculs, ni par une compression des gros canaux.

L'ictère par dislocation trabéculaire s'accompagne ordinairement de décoloration des fèces, mais il est souvent incomplet. L'urine contient de l'urobiline, des pigments, des matières extractives. L. GALLIARD.

Tubercules et cavernes biliaires, par E. SERGENT (*Thèse de Paris*, *1895*).

On trouve souvent chez les enfants des foies dans lesquels la tuberculose semble se systématiser sur les voies biliaires, de sorte qu'on songe à une infection biliaire ascendante à bacilles de Koch. L'organe présente alors de petits kystes biliaires, véritables cavernes tuberculeuses remplies d'une boue verdâtre ; ou bien, les cavernules faisant défaut, on trouve simplement une zone verdâtre ou jaunâtre au centre des tubercules.

Dans la majorité des cas, on constate tous les intermédiaires entre le petit tubercule péri-biliaire, le gros tubercule ramolli infiltré de bile et la caverne remplie de boue biliaire.

Il faut distinguer de la tuberculose des voies biliaires, qui se manifeste

de cette façon chez l'enfant et aussi chez l'adulte, la tuberculose hépatique à noyaux disséminés au hasard.

Dans toutes les formes (discrètes ou confluentes) de la tuberculose biliaire, le tubercule est développé dans la gaîne même d'un espace porte et paraît avoir pour centre de formation une thrombose de la veine. Le canalicule biliaire n'est englobé que secondairement dans l'infiltration tuberculeuse ; son épithélium reste d'abord intact, puis s'effondre, et alors la bile se répand dans le caséum ambiant. Celui-ci, imprégné de bile et devenant liquide, reflue, entraînant des bacilles qui passent ainsi dans la circulation biliaire.

De nombreuses expériences ont permis à l'auteur d'établir :

1° Que l'injection de bacilles de Koch dans le sang de la circulation générale et mieux encore dans le sang du système porte peut suffire, sans traumatisme des voies biliaires, à provoquer le développement de tubercules péri-biliaires discrets ; elle ne saurait y provoquer le développement de la tuberculose confluente ;

2° Que, pour créer la tuberculose confluente des voies biliaires, il faut une inflammation préalable ou concomitante de ces voies.

L. GALLIARD.

État de la vésicule biliaire dans les ictères chroniques par rétention, par BONNET (*Thèse de Paris, 1895*).

Cette thèse contient 3 observations inédites de Lancereaux :

1° Epithéliome stomacal térébrant ; lymphangite et adénopathie rétro-stomacales ; envahissement du cholédoque par des ganglions ; ictère chronique ; énorme tumeur formée par la vésicule biliaire ; mort par insuffisance hépatique.

2° Epithéliome stomacal ; adénopathies du hile hépatique ; ictère chronique ; dilatation de la vésicule biliaire ; noyaux secondaires dans le foie ;

3° Epithéliome stomacal ; gastrorragies ; compression du cholédoque ; dilatation de la vésicule ; hypertrophie énorme du foie envahi par des noyaux épithéliomateux multiples.

Dans la lithiase, c'est la cholécystite scléreuse atrophique qu'on observe d'habitude.

L. GALLIARD.

Infection du foie complétant l'appendicite; pathogénie des abcès aérolaires, par ACHARD (*Soc. méd. des hôp., 16 novembre 1895*).

Un garçon de 18 ans éprouve depuis la fin de mai de vives douleurs dans le ventre, avec dysurie, et a des accès de fièvre ; l'examen pratiqué le 11 juin montre l'existence d'une tuméfaction notable de l'hypochondre droit jusqu'à l'épigastre ; des ponctions exploratrices réitérées amènent l'issue de sang avec quelques grumeaux de leucocytes, et l'ensemencement du sang fournit des cultures pures de bactérium coli. Dans les derniers jours hématémèses et mélœna. Mort le 4 août. A l'autopsie on trouva de la périhépatite, mais peu accentuée, le foie gros, criblé d'abcès de toutes dimensions ; le pus est vert clair, quelquefois mélangé de bile ; les gros abcès ont une paroi tomenteuse, hérissée de tractus filamenteux ; les petits sont formés par un groupe de logettes séparées par un réseau de petites cloisons, d'où l'aspect alvéolaire. Le cœcum est plongé dans un foyer de pérityphlite gangréneux, circonscrit par des adhérences, pas de thrombose des veines du cœcum, ni de la veine porte.

L'examen histologique montre que la paroi des abcès est formée par un réseau de fibrilles conjonctives, qui plus en dehors s'épaissit, et devient scléreux ; il y a en outre des îlots de dégénérescence granulo-graisseuse, circonscrits par des bandes scléreuses ; dans les points où le foie est moins altéré, il existe une sclérose très manifeste, surtout autour des rameaux de la veine porte ; les veines sus-hépatiques sont saines.

Achard insiste sur l'origine des abcès aréolaires qui sont les uns liés à l'angiocholite suppurée, d'autres à la phlébite des veines sus-hépatiques, d'autres enfin à une infection du système porte, et dans ces derniers cas les appendicites ulcéreuses jouent un rôle notable. Ces abcès sont donc l'aboutissant de processus pyogènes de nature et d'origine variables. Il n'y a pas de rapport fixe entre l'étendue ou la profondeur des lésions intestinales et la gravité des complications hépatiques. H. L.

Manifestations hépatiques du cancer du pancréas, par COCHEZ (*Revue de méd.*, *p. 545, 10 juillet 1895*).

Lorsque la marche du cancer du pancréas est rapide, le foie peut être trouvé hypertrophié ; au contraire si l'évolution a été lente, l'atrophie est beaucoup plus fréquente.

L'état de distension ou d'atrophie de la vésicule biliaire tient simplement au siège de l'obstruction des voies biliaires. Si l'extrémité intestinale seule du cholédoque est intéressée, la distension est la règle, mais si, au contraire, la compression remonte sur le canal cystique et le canal hépatique, l'atrophie de la vésicule s'observe tout aussi bien que dans la lithiase biliaire. L'évolution du cancer, dans cette dernière forme, est ordinairement plus rapide que dans la première et expose le malade à tous les dangers de l'ictère grave secondaire. C. GIRAUDEAU.

I. — Des ulcérations superficielles bucco-linguales dans la fièvre typhoïde, par E. DEVIC (*Province méd., décembre 1895*).

II. — Des ulcérations bucco-linguales dans la fièvre typhoïde, par FOHANNO (*Thèse de Lyon, 1895*).

I. — Devic a pu constater, chez un grand nombre de typhiques (20 observations) des ulcérations superficielles de la muqueuse buccale siégeant sur les piliers, les faces latérales de la langue, la luette, qui n'offrent à l'examen microscopique que les caractères d'une ulcération simple inflammatoire. Ces ulcérations, peu douloureuses, surviennent en général dès le début de la dothiénentérie, n'ont aucune valeur pronostique sur le degré de gravité de la pyrexie. Mais elles offrent cette particularité curieuse d'évoluer d'une façon parallèle à la marche des ulcérations intestinales ; elles ne disparaissent que lorsque la muqueuse intestinale est bien cicatrisée, que l'infection typhique a totalement disparu. Cela est si vrai que D. a pu prévoir des rechutes à une période tardive de la convalescence, par la seule inspection de la bouche où existaient encore ces petites ulcérations. L'auteur pense qu'elles sont causées par la pression ou l'irritation portant sur des tissus infectés au même degré que toute l'économie.

II. — F. développe les idées de D. et publie une série d'observations intéressantes de cette lésion. A. CARTAZ.

La febbre tifoïde negli spedale di Bologna dal 1862 à 1892, par Luigi SILVAGNI (*Arch. ital. di clin. med., XXIV, 3 et 4*).

De 1862 à 1892, 3,332 typhiques ont été traités dans les hôpitaux de Bologne.

A partir de 1881, époque à laquelle l'eau de source fut distribuée, le nombre des cas diminue notablement, malgré l'augmentation progressive de la population, et si la morbidité n'a pas diminué dans de très grandes proportions, c'est que la distribution de l'eau n'a pas été étendue à toute la population.

Pendant cette période de 31 ans trois grandes épidémies sont survenues dont la dernière peut être attribuée avec certitude à la contamination de la conduite d'eau.

La statistique de l'auteur indique que le minimum de fréquence des cas a été en février, mars et avril; l'augmentation a commencé en juin pour s'accuser en juillet, devenir très forte en août et septembre et atteindre son maximum en octobre (moyenne des cas en janvier : 94 ; en octobre : 517).

Le maximum des cas a été observé de 16 à 20 ans; les femmes ont été plus souvent atteintes dans le jeune âge et les hommes à un âge relativement avancé.

La mortalité a été de 586 pour 3,332 cas, soit 17,58 0/0, La mortalité annuelle est allée sans cesse en diminuant depuis l'année 1895 et a fini par osciller entre des limites peu étendues : 10 à 15 0/0. Elle a été plus grande chez les femmes (18,47 0/0) que chez les hommes (16,71 0/0).

Le plus grand nombre des cas de mort est survenu au cours du troisième septénaire.

En ce qui concerne l'état antérieur des malades et son influence sur l'évolution de la fièvre typhoïde, Silvagni fournit d'intéressants renseignements; notons entre autres que 50 typhiques étaient atteints de tuberculose ; 8 sont morts, ce qui prouve que la tuberculose ne contribue pas à aggraver l'infection typhique. 10 femmes étaient enceintes; 4 sont mortes; soit une mortalité de 40 0/0.

La moyenne de la durée de la période fébrile a été de 18 à 23 jours; dans un cas la fièvre a persisté pendant 79 jours ; les plus hautes températures ont été observées chez les enfants.

La mortalité a été plus grande dans les cas où la température a atteint les chiffres les plus élevés; ainsi sur 270 malades chez qui la température n'a pas dépassé 40°, la mortalité a été de 4,81 0/0, tandis quelle s'est élevée à 22,06 0/0 chez 145 malades dont la température a oscillé entre 40° et 41°. 306 typhiques ont été traités par les bains froids ; 42 sont morts, soit une mortalité de 13,72 0/0. Sur ces 306 malades baignés, 44 ont eu des rechutes (14,34 0/0).

Les observations de Silvagni confirment l'opinion reçue que les bains ne favorisent pas les hémorragies intestinales et la mortalité par hémorragie, mais qu'ils n'en diminuent pas non plus la fréquence ; les perforations intestinales ont été moins fréquentes chez les malades baignés que chez les autres.

Sur 554 malades de Murri la mort subite a été observée 4 fois : un cas

chez les 306 malades baignés, trois chez les autres ; dans les quatre cas on a constaté à l'autopsie la dégénérence du myocarde.

La fréquence de la néphrite (3,25 0/0) a été la même chez les malades baignés et chez ceux qui ne l'ont pas été. G. LYON.

Note sur un cas de néphrite typhoïde mortelle, par RENDU et BODIN (*Soc. méd. des hôp.*, *8 novembre 1895*).

Une femme de 20 ans entre à l'hôpital au 8e jour d'une fièvre typhoïde intense, avec hyperthermie ; cette hyperthermie persiste jusqu'au 12e jour, sans rémission matinale, malgré les bains froids ; puis, après 2 lavements de 1 gramme d'antipyrine, l'hyperthermie tombe, et la température reste basse pendant trois jours, en même temps que le collapsus s'accentue, que les urines se suppriment, que les vomissements deviennent incessants ; une hyperthermie soudaine se manifeste pendant l'agonie au 15e jour ; dès le 8e jour, la malade avait présenté une teinte violacée de la face et des mains, puis, le 13e jour, sur tout le corps un érythème à placards d'un rouge vineux presque ecchymotiques.

A l'autopsie, on trouva le cœur feuille morte, le foie pâle avec taches ecchymotiques ; les reins très congestionnés avec taches hémorragiques ; au microscope, on voyait les épithéliums très altérés, surtout au niveau des tubes contournés, qui étaient obstrués en plusieurs points ; les glomérules et le tissu interstitiel étaient presque intacts. Dans toutes les coupes on voyait de nombreux conglomérats de bacilles trapus, larges, présentant les réactions colorantes du bacille d'Eberth ; ces bacilles étaient situés dans les tubes urinifères, que par endroits ils bouchent ; on n'en retrouvait point dans le tissu interstitiel ; ils occupaient surtout les tubuli contorti, et à un moindre degré les anses de Henle. H. L.

Pyléphlébite et abcès du foie consécutifs à la fièvre typhoïde, par LANNOIS (*Revue de méd.*, *10 novembre 1895*).

A propos d'une observation de fièvre typhoïde dans la convalescence de laquelle se développa une pyléphlébite accompagnée d'abcès du foie, Lannois a relevé la plupart des observations analogues qui ont été publiées et il croit pouvoir conclure que malgré la rareté de ces abcès, on peut en reconnaître trois catégories :

1° L'abcès métastatique dont le point de départ est une suppuration d'une autre partie du corps, notamment les suppurations sous-cutanées ; 2° l'abcès par ulcération typhique des voies biliaires ; 3° l'abcès lié à la pyléphlébite, qui est elle-même causée par la lésion typhique de l'intestin.

Le cas rapporté par Lannois se rapportait à cette troisième classe, car le pus hépatique contenait le bacille d'Eberth. C. GIRAUDEAU.

Sur un cas de dothiénentérie avec présence du bacille d'Eberth dans le sang de la circulation générale, par P. TEISSIER (*Archives de méd. exp.*, *VII*, *5*).

Chez un adolescent arrivé au quinzième jour d'une fièvre difficile à classer, la ponction d'une veine de l'avant-bras suivant le procédé de Straus a fourni du sang qui, ensemencé régulièrement, a fourni des cultures positives du bacille d'Eberth. Il y aurait là un moyen d'aider au diagnostic. En tout cas, le bacille ne se fixe pas toujours, il peut exister

dans le sang circulant, et il n'est peut-être pas toujours étranger aux complications d'artérite et de phlébite. GIRODE.

Tuberculose rénale à forme hématurique, par AUPÉRIN (*Thèse de Paris*, *1895*).

La tuberculose rénale peut s'annoncer par des hémorragies très abondantes. La forme hématurique est primitive et unilatérale. L'hématurie, intense et persistante, peut être une indication de néphrectomie ; il y a avantage à supprimer, dès le début, un foyer d'infection tuberculeuse.

L. GALLIARD.

Cirrhose pigmentaire avec mélanodermie; diabète bronzé, par RICHARDIÈRE (*Union méd.*, *7 décembre 1895*).

Un homme de 44 ans entre à l'hôpital dans un état quasi comateux ; on put savoir que c'était un alcoolique invétéré, et qu'il avait contracté une bronchite chronique trois mois auparavant ; ce malade présentait une peau de coloration noire, comme celle d'un nègre ; coloration uniforme sur tout le corps, surtout à la nuque, au scrotum, aux jambes ; la muqueuse de la bouche est grisâtre, de même celle du prépuce, de même la conjonctive ; cette coloration aurait débuté au moins deux mois auparavant. Le foie était gros, ni albumine, ni sucre dans les urines ; le malade n'avait pas maigri. Mort le surlendemain.

A l'autopsie, on trouva de nombreuses granulations tuberculeuses des poumons ; le foie doublé de volume, brun, dur ; l'examen histologique montre l'abondance du tissu scléreux et une grande quantité de pigment noir dans ce tissu ; la sclérose forme une ceinture bi-veineuse à forme insulaire et annulaire ; et le pigment ocre se colorant en noir, par le sulfhydrate d'ammoniaque, (donc à base de fer) a envahi et le tissu scléreux et les cellules hépatiques. Dans le tissu cellulaire des capsules surrénales, il y avait aussi du pigment ; les anses intestinales avaient une coloration ardoisée.

Richardière, malgré l'examen négatif des urines, conclut à un diabète bronzé ; le sucre a pu disparaître pendant les derniers jours de la maladie.

H. L.

Ueber acute Leukämie, par A. FRAENKEL (*Deutsche med. Woch.*, *nos 39 et suiv.*, *1895*).

Ebstein a publié en 1889, sous le nom de leucémie aiguë, une série de 17 observations dans lesquelles la brusquerie du début, la gravité des phénomènes initiaux et la marche rapide aboutissant en quelques semaines à la mort, légitimaient l'expression d'aiguë attribuée à cette forme et permettaient de la distraire du cadre de la leucémie chronique. La fréquence, à Berlin, de la leucémie aiguë est assez grande pour qu'il ne se passe pas d'années sans qu'on en observe un ou deux cas dans un grand service hospitalier. Pour son compte, Fraenkel en a observé 10 cas en six ans ; un de ces cas fait partie de la statistique d'Ebstein.

Le fait important qui ressort des observations de l'auteur est la concordance des résultats de l'examen du sang. L'altération du sang est toujours la même et diffère notablement de l'altération observée dans la leucémie chronique. La maladie débute brusquement en pleine santé, le plus souvent chez des sujets encore jeunes, par une sensation de faiblesse

générale, des douleurs nettement localisées dans la région de la rate, quelquefois dans les membres et les articulations; il peut se produire aussi des gonflements des jointures, ce qui donne l'idée d'un rhumatisme. D'autres fois, c'est un œdème de la face qui attire l'attention. En même temps paraissent des vertiges, des palpitations et surtout des hémorragies de la peau, des muqueuses, des séreuses et jusque dans les viscères. On note un état d'anémie profonde, du gonflement de la rate et souvent du foie, du gonflement des ganglions lymphatiques. Il y a de la fièvre avec exacerbation atteignant 40°, mais sans type déterminé et vers la fin, de l'état soporeux et du délire. A l'autopsie, on trouve une altération constante de la moelle osseuse, coloration rouge foncé avec hémorragies, parfois aspect gris rouge clair et par places état pyoïde.

Au point de vue hématologique, on note une diminution proportionnelle des globules rouges par rapport aux globules blancs; ce sont surtout les éléments mononucléaires, les lymphocytes, qui sont en augmentation. Les noyaux de ces éléments sont souvent en voie de scissiparité et parfois nettement divisés en deux noyaux; mais ces éléments à deux noyaux se distinguent des éléments polynucléaires normaux, non seulement par le volume des noyaux, mais par leur état vésiculeux et leur pauvreté en chromatine. Ces lymphocytes ne présentent aucun des caractères attribués aux cellules médullaires, ils ne renferment ni granulations éosinophyles ni les grains neutrophyles d'Ehrlich. Le nombre des éléments polynucléaires est remarquablement restreint. Examinés avec la chaleur par le procédé de Lautenschlager, les éléments monolucléaires paraissent dépourvus de mouvements amiboïdes. L'examen bactériologique du sang et des organes malades a donné des résultats positifs dans 4 cas sur 8. La présence des bacilles paraît ne jouer que le rôle d'une infection secondaire. Sur les 4 malades, 3 présentaient des ulcérations qui avaient été la porte d'entrée de l'infection. L'étiologie de la maladie reste donc inconnue. Dans 2 cas, l'auteur a observé une rétrocession très nette des accidents leucémiques sous l'influence de l'invasion d'une maladie infectieuse aiguë. Le fait a déjà été noté par d'autres observateurs, mais dans les observations publiées, au nombre d'une dizaine, il s'agissait de leucémie chronique. Cette rétrocession, portant non seulement sur le volume des glandes et de la rate, mais surtout sur le nombre des globules blancs, qui diminuent dans une proportion énorme, paraît due à une véritable destruction des leucocytes se produisant non seulement dans les centres de formation de ces éléments mais dans le sang lui-même.

Dans les 2 cas observés par l'auteur, la diminution des phénomènes leucémiques a été accompagnée d'une aggravation rapide de l'état général et la mort est survenue très peu de temps après.

Des tentatives de traitement qui ont été faites, une seule jusqu'ici paraît avoir donné des résultats favorables : c'est l'injection intraveineuse d'acide cinnamique à la dose de 0,05 centigr. pratiquée par Richter et Spiro. (*R. S. M.*, XLIII, p. 182; XLV, pages 457-458.) H. DE BRINON.

I. — Zur klinischen Diagnose der Diphtherie, par P. DEUCHER (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 16, p. 481, 15 avril 1895*).

II. — Zur diagnose der Diphtherie, par E. FEER (*Ibid., n° 21, p. 673, 1er novembre 1895*).

III. — Zur bakteriologischen Diphtherie-Diagnose, par PFAFFENHOLZ (*Hyg. Rundsch., V, n° 16, p. 733, 15 août 1895*).

I. — Les seules formes d'angine offrant de réelles difficultés pour décider si elles sont diphtéritiques ou non, sont : d'une part, l'angine diphtéritique pointillée de Sahli ; d'autre part, l'angine scarlatineuse diphtériforme et l'angine streptococcique pseudo-diphtéritique.

Sahli a tracé les caractères qui différencient la diphtérie pointillée de l'angine cryptique. Dans l'angine lacunaire, il s'agit de l'inclusion de bouchons purulents dans les lacunes ou cryptes des amygdales ; aussi les taches qu'ils forment siègent-elles d'ordinaire dans de petites dépressions ; elles sont toujours rondes ou bien irrégulières avec des contours arrondis quand elles se sont réunies par confluence ; leur couleur est jaune ; fréquemment on peut exprimer les bouchons qui les constituent. Maintes fois cependant, on ne voit pas ces bouchons purulents faire saillie hors des orifices cryptiques ou apparaître à leur fond, mais on les aperçoit seulement par transparence dans la profondeur du tissu, à peu près comme le point purulent central d'un panaris arrivé à maturation ; dans ces cas, la nuance jaune est souvent moins marquée. On distingue ces taches par transparence quand, par suite de leur tuméfaction, les rebords des cryptes se sont refermés sur les bouchons ou qu'un conduit excréteur cutané se trouve avoir son extrémité en cul-de-sac près de la surface de l'amygdale.

Tout autres sont les phénomènes de l'angine diphtéritique punctiforme. Ici les petites taches ou points siègent sur les parties les plus saillantes des amygdales et si leur forme est assez fréquemment ronde, on reconnaît sur tel ou tel point une configuration plus morcelée et des bords tranchants. De plus, ces points ont une couleur blanchâtre ; ils ne se laissent jamais exprimer mais bien parfois arracher en minces lambeaux avec les pinces ; toutefois ce dernier caractère n'est pas constant ; souvent les points sont si petits et si adhérents qu'on déchirerait plutôt la muqueuse que d'en détacher la moindre membrane ; mais c'est là un phénomène qui n'est pas moins caractéristique.

Quant à la pseudo-diphtérie streptococcique, elle se distingue dans les cas récents à la coloration jaune de ses fausses membranes, tandis que celles de la diphtérie sont de teinte blanche ou bleue grisâtre ; un caractère encore plus important est tiré de la consistance des fausses membranes qui sont, dès le début, diffluentes et friables dans l'angine streptococcique, tandis qu'elles restent longtemps cohérentes dans l'angine diphtéritique, alors même que leur couleur est devenue jaune ou noirâtre. La fièvre est généralement plus intense dans l'angine streptococcique que dans la diphtéritique ; au contraire les adénites et l'albuminurie sont plus communes dans celle-ci. Une vive rougeur de l'asthme est un phénomène à peu près constamment lié à la présence des streptocoques, soit qu'à eux seuls ils constituent toute la maladie, soit qu'ils se trouvent associés aux bacilles de Lœffler.

Il résulte des faits observés par Deucher que le caractère des strepto-

coques n'aggrave pas sensiblement le pronostic de l'angine diphtéritique, contrairement à ce que croient presque tous les auteurs.

II. — Feer estime que c'est à tort que Deucher considère l'agar glycérinée comme un milieu nourricier aussi favorable au bacille diphtéritique que le sérum sanguin de Lœffler; ce dernier est bien supérieur, notamment quand il s'agit de découvrir des bacilles diphtéritiques clairsemés au milieu d'une profusion d'autres microorganismes de streptocoques surtout. On peut d'ailleurs simplifier la préparation du sérum de Lœffler en le stérilisant à l'aide du chloroforme. Sans valoir non plus le sérum, le blanc d'œuf cuit, préconisé par Sakharoff (*R. S. M.*, XL, 470) peut être recommandé à son défaut.

III. — Pfaffenholz, pour disposer les cultures sur plaques, se sert d'un pinceau en fils de platine qui a, sur le pinceau à lavis, l'avantage de pouvoir être flambé, ce qui permet de se servir toujours du même.

Pfaffenholz ajoute avoir rencontré des bacilles très semblables à celui de Lœfler dans les circonstances suivantes : 1° un bacille non virulent dans plusieurs cas d'impetigo, en outre des microbes pyogènes ordinaires ; 2° un bacille très abondant et en culture prise dans les crachats d'un enfant atteint d'angine légère et de pneumonie ; 3° dans un abcès des ligaments larges ; 4° dans une tumeur thoracique d'un cheval regardée comme un botryomycome.

J. B.

Quelques cas de rougeole à rechute, par CHAUFFARD et LEMOINE (*Soc. méd. des hôp., 27 décembre 1895*).

Ce travail contient le résumé d'une double série de cas de rougeole à rechute, observées simultanément, l'une dans le service des rougeoleux du Val-de-Grâce (5 cas), l'autre dans un petit foyer d'épidémie familiale (6 rechutes sur 8 rougeoleux). Les auteurs éliminent la rubéole comme explication de la seconde poussée éruptive. Dans les rechutes, les caractères de la rougeole étaient absolument nets et identiques à ceux de la première poussée. La période intercalaire a varié de 14 jours à 40 jours. L'encombrement peut être invoqué comme facteur probable de la rechute.

H. L.

Œdèmes vaso-moteurs sans albuminurie, par TCHIRKOFF (*Revue de méd., 10 août 1895*).

L'auteur a observé six malades atteints d'anasarque chez lesquels il n'existait ni albuminurie, ni anémie grave ; aussi croit-il pouvoir dire qu'il existe une maladie caractérisée par des œdèmes généralisés, des épanchements séreux dans les cavités, sans que les urines soient albumineuses. Comme le cœur, les poumons, le foie et les autres organes ne présentent aucune modification pouvant occasionner des œdèmes provenant par stase sanguine, Tchirkoff en conclut que ces œdèmes sont d'origine vaso-motrice et il leur donne le nom d'œdèmes vaso-moteurs généraux.

Ils s'accompagneraient souvent de dilatation du cœur droit, d'artériosclérose modérée et de modifications du sang. En outre, on observe

quelquefois des phénomènes trophiques et une paralysie prononcée des veines de la peau.

Dans la plupart des cas, ces œdèmes sont d'origine syphilitique et cèdent au traitement par le mercure et l'iode. Le refroidissement serait souvent invoqué à tort comme cause efficiente. C. GIRAUDEAU.

De la filariose du sang chez les nègres du Congo, par FIRKET (*Bull. Académie de méd. de Belgique*, *n° 6*, *p. 669*, *1895*).

Sur 54 nègres du Congo examinés, on a trouvé 30 fois (55 0/0) des filaires dans le sang. Ces filaires semblent se rapporter au type filaria perstans, mais avec des différences notables de dimensions, permettant de distinguer deux variétés : l'une, courte, mesurant 90 à 100 μ, et l'autre, longue, mesurant 160 à 190 μ, avec de rares individus intermédiaires. Le sang des nègres atteints de filariose ne paraît pas présenter d'autre altération que de la leucocytose chez certains individus. Les parasites ne semblent pas altérer la santé du porteur; ils persistent chez des sujets ayant quitté le Congo depuis plusieurs mois. L'examen du sang d'une dizaine de blancs ayant résidé au Congo a donné lieu à des résultats négatifs. LEFLAIVE.

Die Verbreitung der Echinokokken-Krankheit in Vorpommern, par E. PEIPER (*Stuttgart*, *1894*, et *Berlin. klin. Woch.*, *n° 29*, *p. 638*, *22 juillet 1895*).

La Poméranie antérieure est, après le Mecklembourg, la contrée d'Allemagne où les échinocoques sont le plus fréquents; de 1860 à 1894, il en a été constaté chez l'homme 150 cas tandis que le reste de la Poméranie n'en fournissait que 30; le parasite est surtout répandu dans le nord et l'est du pays.

Le bétail très abondant et les chiens fort nombreux (1 sur 27,8 habitants) sont aussi très infestés.

Dans le cercle de Greifswald, 64,58 0/0 des bœufs, 51,02 des moutons et 4,93 0/0 des porcs renferment des échinocoques; dans la Poméranie antérieure, la proportion est de 37,7 pour les premiers et de 27,10 pour les seconds. Chez les bœufs, les hydatides occupent 824 fois les poumons et 750 fois le foie; chez les moutons, 2,083 fois les poumons et 1,467 fois le foie; chez les porcs, 235 fois les poumons et 1,760 fois le foie. La moyenne de 52 abattoirs de diverses parties de l'Allemagne donne comme proportions d'échinocoques : 10,39 chez le bœuf; 9,83 chez le mouton et 6,47 0/0 chez le porc.

Chez l'homme, les hydatides siégaient 67,33 fois sur 100 dans le foie, 10,6 0/0 dans les poumons, 4,6 0/0 dans les reins et 4 0/0 dans la rate (*R. S. M.*, XLV, 522). J. B.

Contribution à l'étude de l'anguillule stercorale; de la pénétration dans le sang des embryons de l'anguillule stercorale, par P. TEISSIER (*Arch. de méd. exp.*, *VII*, *6*).

Un homme de 42 ans, ayant séjourné à la Guyane, présente les signes d'une diarrhée chronique accompagnée de fréquentes petites hémorragies; il

y a en même temps une anémie assez profonde avec diminution considérable de la richesse et de la valeur globulaires ; on note de plus des accès fébriles à intermittences irrégulières. A l'examen microscopique du sang, on constate la présence d'un ver cylindrique rappelant la filaire, mais en différant par quelques caractères et par ses dimensions. L'examen des matières diarrhéiques montre en grande abondance les œufs, les embryons et les formes adultes de l'anguillule stercorale. Les embryons sont très analogues aux formes constatées dans le sang circulant. Celles-ci n'ont sans doute rien à faire avec une filariose, mais représentent des embryons d'anguillules pénétrés par l'intestin et ayant provoqué les accès fébriles. GIRODE.

I. — Ein Fall von primärer Lungenaktinomykose, par A. ASCHOFF (*Berlin. klin. Woch., 26 août 1895*).

II. — Ein Fall von primärer Actinomycose der Lungen, par Th. HEUSSER (*Ibidem, 25 novembre 1895*).

I. — Le cas d'actinomycose primitive du poumon, observé sur une femme, par Aschoff, s'est terminé par la mort, après plus de deux ans de maladie ; l'autopsie n'a révélé aucune métastase. Le diagnotic différentiel a hésité successivement entre une tuberculose, un kyste hydatique et une tumeur maligne ; les crachats offraient, en effet, l'apparence de chair lavée ou de gelée de framboises signalée dans les néoplasmes pulmonaires. L'infection s'était opérée par une dent cariée, dans laquelle on a constaté la présence de l'actinomycose. Le pus, d'odeur spéciale, était formé uniquement par ce champignon, à l'exclusion de tout autre microbe. Il n'y avait pas d'adénite et l'urine présentait la réaction diazoïque.

II. — La malade, de 50 ans, traitée par Heusser, avait été envoyée à Davos comme tuberculeuse, et le diagnostic ne fut rectifié que par la découverte du champignon rayonnant dans l'expectoration. Le mode d'infection ne put être décelé. A la suite du séjour en montagne, il y eut une amélioration très notable des symptômes thoraciques, malgré l'existence d'une caverne. L'iodure de potassium, administré à la dose de 90 centigrammes (la femme n'en tolérait pas davantage), n'a pas paru exercer d'influence sur l'évolution. A l'inverse du cas d'Aschoff, il n'y a pas eu d'abcès de la paroi thoracique. J. B.

Contribution à l'étude du béribéri, par A. MOSSÉ et J. DESTARAC (*Revue de méd., 10 décembre 1895*).

Il s'agit d'un homme bien portant qui, trois années consécutives, fut pris au Sénégal d'accidents imputables au béribéri. Chacune de ces atteintes survint le lendemain d'une longue course à cheval faite pendant la nuit à travers une forêt. Il entra à l'Hôtel-Dieu de Toulouse six semaines après le début des accidents, présentant de l'anasarque sans albuminurie, de la parésie des membres inférieurs et supérieurs, de l'anesthésie incomplète dans les mêmes régions, enfin de la cécité. Sous l'influence d'un traitement électrique et reconstituant, l'amélioration fut rapide. C. GIRAUDEAU.

Zur Kenntniss..... (La scoliose d'origine névralgique), par Oscar VULPIUS (*Deutsche med. Woch., n° 36, p. 583, 1895*).

La pathogénie de la scoliose qui accompagne la névralgie sciatique a été très diversement interprétée par les auteurs. L'inclinaison de la

colonne se fait tantôt du même côté que la sciatique (scoliose homologue), tantôt du côté opposé (scoliose hétérologue), dans certain cas elle alterne pendant la même maladie entre les deux côtés. S'appuyant sur l'observation de 6 cas traités à la clinique d'Heidelberg, l'auteur croit pouvoir admettre que l'origine de la scoliose réside dans une contraction spasmodique du muscle sacro-lombaire du côté où se produit l'inclinaison. En effet, la courbure est toujours précédée d'une douleur lombaire spontanée et réveillée par la pression et les mouvements, son intensité varie avec l'intensité de la douleur lombaire et n'est pas influencée par les modifications de la sciatique. Elle ne constitue jamais une position recherchée volontairement par le malade pour soulager sa douleur, elle est au contraire douloureuse par elle-même. Cette contraction spasmodique du sacro-lombaire peut se produire soit du coté où les nerfs lombaires sont malades, soit du côté opposé par voie réflexe.

L'hypothèse d'une contraction réflexe siégeant du côté sacré permet de comprendre pourquoi les tentatives de correction, même la suspension verticale sont impuissantes à corriger l'inclinaison et comment la scoliose, après avoir été un certain temps hétérologue, peut devenir tout d'un coup homologue; c'est la forme hétérologue qui paraît être la plus fréquente. Le pronostic est en général bénin, cependant il peut rester une courbure définitive de la colonne. H. DE BRINON.

Sur une nouvelle sorte de rayons, par RŒNTGEN (*Sitz. der phys. med. Ges. zu Wurzburg*, *janv.*, *traduit in Méd. moderne*, *29 janvier 1896*).

La découverte de Rœntgen, qui vient d'avoir un si grand retentissement, intéresse surtout les physiciens, mais les applications à la pathologie, encore aujourd'hui sommaires, peuvent prendre une grande extension : c'est à ce titre que nous signalons cette belle découverte.

En étudiant les rayons cathodiques décrits et démontrés par Crookes dans une série d'expériences répétées partout, R. reconnut l'existence de rayons spéciaux, qu'il appelle X (X *strahlen* que tout le monde s'accorde à nommer rayons Rœntgen), capables de traverser des corps opaques, carton, papier noirci, en modifiant le procédé expérimental. Il enveloppe de papier noirci, de carton l'appareil de Crookes, auquel il donne la forme d'un globe ou d'une ampoule sphérique. Si l'on place à distance un écran de platinocyanure de baryum, on voit, sous l'influence des décharges électriques passant dans l'ampoule, l'écran s'illuminer à distance. Tous les corps sont transparents, mais à des degrés variables pour ces rayons. Des jeux de cartes, des plaques de bois de sapin de 3 centimètres d'épaisseur, des plaques d'aluminium de 3 millimètres affaiblissent peu la fluorescence. En plaçant la main devant l'écran fluorescent, l'ombre des os se projette en noir et on ne voit que le contour vague des tissus mous.

R. a étudié l'action de ces rayons sur divers corps, leurs effets calorifiques, leur réfraction, etc. Il a cherché en dernier lieu si ces rayons pouvaient impressionner des plaques photographiques et ce sont les curieux résultats obtenus qui permettent d'entrevoir un moyen adjuvant de diagnostic dans certain cas bien définis. La main interposée entre le tube de Crookes et la plaque photographique montre le dessin net du squelette.

Voici le dispositif adopté par Barthélemy et Oudin qui ont été des premiers à répéter les expériences de Rœntgen.

On fait passer le courant secondaire d'une forte bobine de Ruhmkorf (bobine pouvant donner une étincelle de 10 à 15^{cm}) à travers un tube de Crookes à espace très raréfié dans lequel le vide peut être maintenu à la même pression pendant le temps de l'expérience.

Une fois l'appareil en marche on place, à dix centimetres environ du tube et perpendiculairement à son axe, en face du point que vient frapper le plus gros faisceau des rayons cathodiques, une plaque photographique (de la marque Lumière, bleue) enveloppée complètement de quatre épaisseurs de papier noir, de façon qu'aucune sort de erayons lumineux ordinaires ne puisse l'impressionner; le papier est simplement maintenu par un anneau de caoutchouc. Au contact de cette plaque, entre elle et le tube, on applique l'objet dont on veut obtenir l'image. La durée de la pose est de vingt minutes pour une main d'adulte. Pour les autres régions, elle variera en raison de l'épaisseur des tissus à traverser et du rendement du dispositif expérimental.

Le développement se fait comme pour un cliché ordinaire. Pour cette photographie comme pour la photographie courante, il y a une « mise au point » à obtenir. La main ainsi photographiée (si l'on a expérimenté sur une main) ressemble à celle d'un squelette qui serait entourée d'une zone gélatineuse translucide : les os ont arrêté les rayons Rœntgen, tandis que les parties molles se sont laissé traverser par eux d'une manière assez complète pour que la plaque soit impressionnée.

Plusieurs chirurgiens ont tenté l'application de cette découverte au diagnostic de corps étrangers, de lésions diverses. Lannelongue montrait à l'Académie des sciences les photographies d'un fémur atteint d'ostéomyélite, une affection tuberculeuse du doigt, où l'on voit la première phalange large et plus épaisse que celles des autres doigts. Spies a pu déceler dans la main d'un ouvrier un éclat de verre incrusté depuis longtemps dans un os. Kocher, Delbet ont enlevé des aiguilles dont le point précis d'implantatation avait été décelé par la photographie.

Ces photographies, il faut bien le dire, ne peuvent donner que des renseignements incomplets; elles décèlent une opacité et rien de plus; c'est déjà beaucoup dans certains cas et nous ne sommes qu'au début de l'application de cette découverte.

Voici la bibliographie des principaux articles parus jusqu'ici sur ce sujet :

Perrin. Quelques propriétés des rayons de Rœntgen. (*Acad. des sc.*, 27 janv.) — Poincaré. Idem. (*Ibid.*) — Lebon. La lumière noire. (*Ibid.*) — Lannelongue, Barthélemy et Oudin. De l'utilité des photographies par les rayons X dans la pathologie humaine (*Ibid.*, 27 janv.) — G. le Bon. La photographie à la lumière noire (*Ibid.*, 3 fév.) — Benoist et Hurmuzescu. Nouvelles propriétés des rayons X (*Ibid.*) — Nodon. Expériences sur les rayons de Rœntgen. (*Ibid.*) — Chabaud. Transparence des métaux pour les rayons X. (*Ibid.*) — Moreau. De la photographie des objets métalliques à travers des corps opaques au moyen d'une aigrette, d'une bobine d'induction sans tube de Crookes. (*Ibid.*)— Lannelongue et Oudin. Sur l'application des rayons de Rœntgen au diagnostic chirurgical. (*Ibid.*, 10 fév.) — Henry. Augmentation du rendement photographique des rayons Rœntgen par le

sulfure de zinc phosphorescent. (*Ibid.*) — ZENGER. Épreuves photographiques obtenues au moyen des rayons X. (*Ibid.*) — GOSSART et CHEVALLIER. Sur une action mécanique émanant des tubes de Crookes analogue à l'action photogénique découverte par Rœntgen. (*Ibid.*) — MESLANS. Influence de la nature chimique des corps sur leur transparence aux rayons de Rœntgen. (*Ibid.*) — LONDE. Application de la méthode de Rœntgen. (*Ibid.*) — SWYNGEDAUN. Sur l'abaissement des potentiels explosifs statiques et dynamiques par les radiations X. (*Ibid.*, 17 fév.) — RIGHI. Phénomènes électriques produits par les rayons de Rœntgen. (*Ibid.*) — BORGMAN et GERCHUN. Actions des rayons de Rœntgen sur les charges électrostatiques et la distance explosive. (*Ibid.*) — NIEGLENWOSKI. Sur la propriété qu'ont les radiations émises par les corps phosphorescents de traverser certains corps opaques à la lumière solaire. (*Ibid.*) — LE BON. Nature et propriétés de la lumière noire. (*Ibid.*) — BRIANÇON. Épreuves photographiques obtenues dans l'obscurité. (*Ibid.*) — BENOIST et HURMUZESCU. Nouvelles recherches sur les rayons X. (*Ibid.*) — A. et L. LUMIÈRE. Recherches photographiques sur les rayons de Rœntgen. (*Ibid.*) — DE HEEN. Expériences montrant que les rayons X émanent de l'anode. (*Ibid.*) — IMBERT et BERTIN-SANS. Photographies obtenues avec les rayons de Rœntgen. (*Ibid.*) — RŒNTGEN. Expériences sur un nouveau genre de rayons. (*Rev. gén. des sc.*, 30 janv.) — POINCARÉ. Les rayons cathodiques et les rayons Rœntgen. (*Ibid.*) — SCHUSTER. Remarques au suje des vues théoriques de Rœntgen. (*Ibid.*) — BOSTOMLEY. Les vibrations longitudinales de l'éther à propos des rayons de Rœntgen. (*Ibid.*) — PERRIN. Étude expérimentale des rayons de Rœntgen. (*Ibid.*) — IMBERT et BERTIN-SANS. Quelques expériences sur les rayons de Rœntgen. (*Soc. de biol.*, 15 fév.) — MOSETIG-MOORHOF. Deux applications chirurgicales de la lumière de Rœntgen. (*Sem. méd.*, 29 janv.) — EXNER. Photographie à travers les corps opaques. (*Soc. imp. méd. de Vienne*, janv., et *Bull. méd.*, 15 janv.) — MINCK. Sur une application possible des rayons de Rœntgen au traitement des maladies infectieuses. (*Semaine méd.*, 12 fév.) — GARIEL. Les recherches de Rœntgen et la photographie à travers les corps opaques (*Ibid.*, 29 janv.) — Les rayons de Rœntgen et la photographie de l'invisible. (*Gaz. des hôp.*, 4 fév.) — IMBERT et BERTIN-SANS. La photographie de l'invisible. (*Presse méd.*, 8 fév.) — BAR. Les rayons de Rœntgen et les applications à la médecine et à la chirurgie. (*Ibid.*, 12 fév.) — BERGONIÉ. Les radiations de Rœntgen et leur emploi en médecine (*Journ. de méd. Bordeaux*, 9 fév.) — LASSERRE. A propos des rayons de Rœntgen. (*Ibid.*, 23 fév.) — VINCENT. La photographie à travers les corps opaques. (*Bull. méd.*, 2 fév.) — WALLON. Les rayons X de Rœntgen. (*Génie civil*, 9 fév.) — BAUDOUIN. La photographie de l'invisible. (*Progrès méd.*, 15 fév.) — Cl. DU BOIS-REYMOND. Rœntgen's X Strahlen. (*Photograph. Rundsch.*, 2.) — NEUHAUSS. Nachtrag zu dem Aufsatze über Rœntgen's Strahlen. (*Ibid.*) — LOHNSTEIN. Les rayons de Rœntgen. (*Ther. Mon.*, févr.) — GOLDSTEIN. Ueber die Röntgen'schein Strahlen (*Berl. med. Woch.*, 3 fév.) — André BROCA. La photographie à travers les corps opaques. (*Rev. scient.*, 1 fév.) — F. KŒNIG. Die Bedeutung der Durchleutung (Rœntgen) für die Diagnose der Knochenkrankheiten. (*Deut. med. Woch.*, 20 fév.) — NEUHAUS. Vermittels der Roentgen'schen Strahlen aufgenommene Photographieen (*Berl. med. Gesellch.*, 15 janv.) — KŒNIG. Durchleutung auf dem Wege der Rœntgen'schen Verfahren. (*Ibid.*, 5 fév.) — LEO. Ueber die voraussichtliche Bedeutung der Kathodenstrahlen für die innere Medicine. (*Berl. klin. Woch.*, 24 fév.) — JASTROWITZ. Die Rœntgen'schen experimente mit Kathodenstrahlen und ihre diagnostische Verwerthung. (*Deut. med. Woch.*, 30 janv.) — PETERSEN. Chirurgisch-photographische versuche mit den Rœntgen'schen Strahlen (*Münch. med. Woch.*, 11 fév.) — Die Rœntgen-Strahlen. (*Wien. med.*

Woch., 8 fév.) — Rapport sur l'application de la découverte de Rœntgen à la médecine et à la chirurgie. (*Brit. med., j.*, 8 fév.) — WATSON. Le nouveau genre de radiation. (*Ibid.*, 15 fév.) — REID. Les rayons de Rœntgen et la transparence des tissus. (*Ibid.*) — KEEVIL. Les rayons de Rœntgen. (*Ibid.*) — ABRAHAMS. A case of osseous ankylosis skiographically diagnosed and successfully treated. (*Ibid.*, 22 fév.) — LODGE. Photograph showing bullet deeply embedded in wrist. (*Ibid.*) — Glover LYON. Rœntgen's rays as a cure of disease. (*Lancet*, 22 fév.) — GOODSPEED. Rœntgen's discovery. (*Med. News*, 15 fév.) — CATTELL. Rœntgen's discovery, its application in medicine. (*Ibid.*) — BARTORELLI. Experienze sulla luce Röntgen. (*Settimana med.*, 1 fév.)—Mount BLEYER. Les rayons de Crookes et les rayons X. (*N. York med. j.*, 22 fév.) — BATTLE. A needle extracted from the hand by the assistance of Rœntgen rays. (*Lancet*, 29 fév.) — Application clinique des rayons de Rœntgen : MAGIE. Appareil, procédés ; KEEN. Diagnostic chirurgical ; DAVIS. Etude du corps des enfants et de l'utérus gravide. (*Amer. j. of med. sc.*, mars.)

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Die Beziehungen der Basedow'schen Krankheit zu den Veränderungen der weiblichen Geschlechtsorgane (Rapports de la maladie de Basedow avec les modifications de l'appareil génital), par THEILHABER (*Archiv für Gyn., XLIX, 1*).

Theilhaber rapporte quatre observations. D'après son expérience personnelle, et après examen des faits recueillis dans la littérature, il conclut qu'il existe une relation évidente entre la maladie de Basedow et les modifications des organes génitaux. Chez les femmes prédisposées, cette maladie peut se développer à l'occasion de la grossesse, des suites de couches, de la lactation, des hémorragies utérines abondantes ; d'autre part, le goitre exophtalmique est souvent la cause de l'atrophie de tout l'appareil génital ou d'une de ses parties.

La grossesse s'accompagne d'une excitation marquée du système nerveux ; de même qu'elle peut exalter les névralgies, la chorée, l'épilepsie, elle favorise parfois aussi le développement de la maladie de Basedow. Cependant on observe quelquefois une amélioration du mal pendant la gestation.

Quant à l'atrophie des organes génitaux, très fréquente d'après Forster et Freund, elle est une conséquence et non la cause de la maladie de Basedow. Cette atrophie n'est pas toujours définitive, comme le prouvent deux faits de l'auteur. Avec l'amélioration de la cause originelle du mal, on peut voir l'utérus reprendre sa forme et sa consistance normales et les règles réapparaître régulièrement.

Pratiquement, le mariage ou au moins les grossesses doivent être interdits aux malades atteintes de goitre exophtalmique. La provocation de l'avortement ou de l'accouchement ne peut être mise en question que si la maladie est dangereusement aggravée. L'allaitement ne doit pas être permis.

L'atrophie génitale et l'aménorrée ne réclament pas de traitement spécial. CH. MAYGRIER.

Fistules urétéro-vaginales, par TUFFIER et Ch. LEVI (*Annales de gyn., mai 1895*).

Souvent congénitales, elles résultent d'un vice de conformation. Pour les opérer, on doit choisir la voie vaginale, et dans le cas d'insuccès, surtout lorsque le rein est infecté, pratiquer la néphrectomie. La fistule urétérine est souvent située près de l'urètre. Dans quelques cas, il s'agit d'un uretère double.

Plus rarement acquise, la fistule se trouve au milieu d'un tissu cicatriciel, elle est consécutive à une perte de substance. Le percement d'un uretère, dans le cours de l'hystérectomie, en est une cause plus commune que le traumatisme obstétrical.

L'auteur a observé 4 fois cette lésion. Elle siégeait toujours à droite; elle fut toujours consécutive à l'hystérectomie. Dans un cas, la guérison eut lieu spontanément; dans deux autres cas, elle survint après des cautérisations. Il est probable que, dans ce cas, l'uretère n'avait été intéressé que partiellement. Dans les deux autres cas, on pratiqua avec succès l'abouchement urétéro-vésical par la voie vaginale.

Dès qu'on s'aperçoit de l'existence de cette lésion, le procédé opératoire de choix consiste dans la suture des deux bouts sectionnés et dans l'application d'une sonde urétrale à demeure. Lorsque la lésion est ancienne et que la guérison n'a pas été obtenue par les cautérisations, il faut faire l'abouchement vésical de l'uretère par la voie vaginale, ou par la voie abdominale.

Lorsque cette opération est impossible, on peut se demander, chez une femme jeune, dont les reins sont normaux, s'il ne faut pas préférer la néphrectomie à l'abouchement cutané ou surtout à l'abouchement intestinal, qui entraînent si souvent l'infection consécutive du rein. Mais chez une femme âgée, dont l'état des reins reste suspect, ces opérations peuvent rester la seule chance de salut. PORAK.

Traitement des endométrites chroniques et des salpingites au début par les vapeurs médicamenteuses, par SORDES (*Cong. gyn. Bordeaux, août 1895*).

L'auteur préconise contre les endométrites chroniques l'introduction dans la cavité utérine des vapeurs médicamenteuses de résorcine au vingtième. Ces vapeurs auraient pour effet d'atrophier les productions pathologiques de la muqueuse, de coaguler les exsudats contenus dans les parois de l'organe, qui les expulse par quelques contractions et en passant dans la trompe et dans le péritoine d'aseptiser tous les produits pathogènes. Sur 38 malades atteintes d'endométrite chronique et parfois de salpingite légère, l'auteur a noté 7 insuccès, 9 succès douteux et 23 guérisons, dont 12 datant de six mois. OZENNE.

Rapidité de reproduction de la muqueuse de l'utérus après le raclage, par L.-M. BOSSI (*Arch. ital. de biol, XXIV, p. 51, et Annali dell' ostetricca e ginec., février 1895*).

L'auteur a pratiqué des ablations d'utérus quelque temps après raclage profond.

On trouve la muqueuse complètement reproduite au bout de 25 et 27 jours. Après 15 jours il manquait seulement quelques îlots. La muqueuse était apte à permettre le développement de l'ovule fécondé dans un minimum de 25 à 29 jours ; après le raclage, la fécondation a été suivie d'accouchement à terme et physiologique. Dans le raclage habituel, la destruction de la muqueuse est très imparfaite et cette imperfection explique les récidives. DASTRE.

Ueber Zerstörung des Endometriums nach Auskratzung (Destruction de la muqueuse utérine après le curetage), par J. VEIT (*Centr. f. Gyn., 7 septembre 1895*).

Veit rapporte une observation d'oblitération de l'utérus après curetage : il s'agissait d'un utérus puerpéral et c'est surtout dans ces conditions que cet accident est à craindre. La destruction de la muqueuse et l'oblitération consécutive de la cavité utérine sont beaucoup plus rares après le curetage pratiqué en dehors de l'état puerpéral.

La cautérisation avec les crayons de chlorure de zinc suivant le procédé de Dumontpallier amène constamment l'atrésie. Veit s'en est servi pour arrêter des hémorragies profuses et il a guéri la malade en oblitérant son utérus.

Le curetage doit donc être pratiqué très superficiellement dans un utérus puerpéral ; même il est préférable, dans ce cas, de se servir pour extraire les débris de l'œuf, du doigt que de la curette, si l'on veut éviter une oblitération utérine ultérieure. CH. MAYGRIER.

Das Stypticin (cotarnin hydrochloric) bei Gebärmutterblutungen (De la stypticine dans les hémorragies utérines), par GOTTSCHALK (*Therap. Monatsh., n° 12, p. 646, 1895*).

Le chlorhydrate de cotarnine, produit de dédoublement de la narcotine sous l'influence des agents oxydants, a été désigné sous le nom de stypticine ; elle joint à l'action hémostatique de l'hydrastine et de l'ergotine une action sédative ; elle a toujours réussi promptement dans les cas de simple subinvolution utérine puerpérale, dans les cas d'hémorragie consécutive à l'endométrite fongueuse et aux lésions ovariennes ; elle donne de bons résultats dans les myomes, les hémorragies menstruelles profuses, les ménorragies d'origine congestive ; elle est contre-indiquée dans les hémorragies de la grossesse et de l'avortement. Son action est beaucoup plus sûre lorsqu'on commence son administration 4 ou 5 jours avant le retour de l'hémorragie ; il suffit alors de petites doses : $0^{gr},025$, 4 fois par jour ; dès que que le sang apparaît, on double la dose. Lorsque l'hémorragie existe, il faut alors injecter d'emblée $0^{gr},02$ dans la fesse ; on peut répéter cette dose plusieurs jours de suite sans inconvénient. A côté de l'injection sous-cutanée, il faut placer l'administration par la bouche à l'état de poudre. PAUL TISSIER.

Incarceration der elongirten Portio vaginalis, par H. PETERS (*Centralbl. f. Gyn., 19 janvier 1895*).

Femme de 41 ans, nullipare, atteinte d'élongation hypertrophique du col. Comme elle se refuse à toute opération, on lui met, pour la forme, un pes-

saire de Braun. L'instrument tenant mal, elle le repousse violemment dans la profondeur. Elle est prise de vives douleurs, et, quelques jours plus tard, on constate que le col est tuméfié, violacé, et forme une grosse tumeur saillante à la vulve. Quant à l'anneau, il est à la partie supérieure du museau de tanche, incarcéré dans les tissus qu'il étrangle et dont il a commencé la section. On est obligé de pratiquer l'amputation du col qui n'offre rien de particulier.

L'incarcération des pessaires dans le col n'est pas un accident fréquent, puisque, sur 242 cas de lésions produites par ces instruments, Neugebauer n'en a relevé que 8 observatioas. CH. MAYGRIER.

Hématocèle sous-péritonéo-pelvienne traitée par l'incision ischio-rectale et la décortication de la poche....., par LEJARS (*9e Cong. franç. chir., octobre 1895*).

Femme de 47 ans, mal réglée depuis 5 ans, à la région ischio-rectale droite bosselure arrondie, résistante, du volume du poing, repoussant les parois latérales du rectum et du vagin, dont la lumière est en partie obstruée. La fosse iliaque droite, dans sa moitié inférieure, est remplie par le cul-de-sac supérieur de la tumeur. Une ponction donne issue à du liquide hématique ; incision dans la région ischio-rectale, évacution du sang et des caillots et décortication de la poche. Fistule stercorale consécutive de peu de durée et guérison. OZENNE.

Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie der Bartholins'schen Drüse (Anatomie pathologique de la bartholinite), par L. KLEINWÄCHTER (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.,XXXII, 2*).

Observation d'un kyste de la glande de Bartholin gauche, chez une femme de 35 ans. Tumeur du volume du poing, divisée par deux cloisons intérieures, en trois segments communiquant l'un avec l'autre. L'extirpation du kyste s'accompagna d'un abondant écoulement du sang; la tumeur s'étendait profondément du côté du vagin et du rectum. Le contenu était constitué par des globules sanguins, des détritus brunâtres et des cristaux de cholestérine.

Kleinwächter ne se prononce pas sur la question de savoir si les kystes de la glande de Bartholin doivent, dans tous les cas, être attribués à une infection gonorréique. Il pense que, quand la tumeur est aussi grosse que celle qu'il a enlevée, il vaut mieux n'en exciser qu'une partie et panser le reste avec un tamponnement à la gaze iodoformée, de façon à éviter à la fois une hémorragie qui peut être sérieuse et une trop grande déformation de la région. CH. MAYGRIER.

Ueber Ovarialresektion, par F. MATTHÆI (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn., XXXI, 2*).

Relation de six ovariotomies faites pour de volumineux kystes de l'ovaire. Chez les six femmes, dont l'âge variait de 18 à 35 ans, le second ovaire fut trouvé malade en partie, et la portion altérée fut seule réséquée ; le reste de l'ovaire fut suturé et conservé. Cinq de ces six femmes étaient mariées, et ont eu par la suite de nouvelles grossesses et des enfants vivants.

Au cours d'une ovariotomie, on doit préférer la résection du second ovaire à son ablation dans les conditions suivantes : 1° quand cet ovaire est atteint de rétentions kystiques trop grosses ou trop nombreuses pour

être justiciables d'une simple ponction ; 2° dans le cas de kystes dermoïdes ; 3° quand il existe de petits kystes glandulaires.

Cette résection est, au contraire, contre-indiquée et on doit lui préférer l'ablation chez les femmes qui sont près de la ménopause ou qui n'ont plus leurs règles, et quand les lésions présentent un caractère malin.

CH. MAYGRIER.

Ueber Exstirpation der Vaginæ, par R. OLSHAUSEN (*Centralbl. f. Gyn., 5 janvier 1895*).

Dans le cancer primitif du vagin, on est souvent obligé d'enlever une grande partie de ce canal, principalement en arrière, la paroi postérieure étant la plus fréquemment atteinte : 13 fois sur 18. Au lieu de faire cette opération par le vagin, comme dans l'hystérectomie vaginale, Olshausen conseille le procédé suivant, qu'il a employé trois fois avec succès :

Il incise le périnée transversalement et décolle le vagin du rectum, jusqu'au cul-de-sac de Douglas : cette séparation des deux organes se fait sous le contrôle d'un doigt introduit dans le rectum.

Si l'on doit enlever en même temps l'utérus, on ouvre la cavité de Donglas, on fait basculer l'utérus en arrière et on le sépare des ligaments larges en allant des trompes vers le col. On sectionne ensuite avec des ciseaux le vagin de façon à enlever toute la partie malade ; il ne reste plus qu'à séparer le col utérin de la vessie pour que l'ablation soit complète.

Si l'on ne doit pas faire l'ablation de l'utérus, le premier temps de l'opération reste le même. On décolle le vagin du rectum en arrière, on le libère aussi sur les côtés, et on délimite ainsi toute la portion cancéreuse qu'il est facile d'enlever ensuite avec des ciseaux. Quand le vagin est très rétréci ou obturé par le néoplasme, on facilite beaucoup l'excision de la tumeur en divisant le vagin, après son décollement du rectum, par une incision verticale qui va de bas en haut jusqu'au voisinage du carcinome ; ou forme ainsi deux lambeaux qu'on peut écarter et qui permettent de mettre à découvert tout ce qu'on se propose d'enlever.

Les avantages de ce procédé sont les suivants : Le décollement des parties malades, l'ouverture du cul-de-sac de Douglas et l'ablation de l'utérus se font sans qu'on touche à la tumeur. On peut circonscrire et enlever toute la partie atteinte du vagin d'une façon aussi sûre qu'exacte.

CH. MAYGRIER.

Un cas de kyste sanguin volumineux développé dans la paroi de l'utérus après la ménopause, par WEBSTER (*The Amer. Journ. of the med. sc., p. 277, mars 1895*).

La malade, âgée de 53 ans, s'aperçut, au mois de février 1873, de l'existence de son affection. A deux ou trois reprises, depuis six mois elle avait été atteinte de violentes crises de douleurs abdominales. A partir de cette époque la tumeur augmente rapidement.

Jamais de ménorragies. La ménopause était complète depuis trois ans. Elle avait eu cinq enfants. Au moment de son entrée, elle est pâle, émaciée. Le ventre est du volume d'une grossesse de sept mois. A la palpation, on a la sensation d'un gros kyste, très manifestement fluctuant.

La laparotomie montra un kyste pédicule du fond de l'utérus qui fut enlevé avec les annexes. La guérison fut rapide. Le kyste contenait plusieurs pintes d'un liquide épais, composé de sang, de débris de fongosités, de fibrine et de cristaux de chlolestérine. A la coupe de la paroi on trouva dans son épaisseur plusieurs cavités de capacité variable, remplies de sang. Dans le pédicule on trouvait de même des quantités de loges sanguines. Dans la cavité intérieure on trouva un tout petit polype attaché au niveau de l'angle supérieur.

D'après l'auteur, il existait depuis longtemps un état variqueux du fond de l'utérus ou un angiome caverneux; spontanément et subitement un des sinus s'était rompu, donnant lieu à la formation du kyste sanguin du fond de l'utérus, qui s'était accru progressivement ensuite.

F. VERCHÈRE

Tumeur dermoïde du cul-de-sac de Douglas....., par BARETTE (*Congrès gyn. Bordeaux, août 1895*).

Jeune fille de 16 ans, chez laquelle on constate, en 1892, tous les symptômes de l'hématocèle rétro-utérine. Pendant six mois, diminution progressive de la tumeur. Puis apparition de phénomènes inflammatoires graves; incision dans le cul-de-sac postérieur d'une collection purulente qui reste fistuleuse et qui, agrandie une année plus tard, permet d'extraire des masses de cheveux et un fragment osseux implanté dans une poche dermoïde portant de nombreux poils à sa face interne.

Le Dentu cite un cas analogue de fistule persistante. Le kyste paraissant volumineux, il a fait la laparotomie et a trouvé deux kystes dermoïdes, un dans chaque ovaire. OZENNE.

Hystérectomie abdominale supra-vaginale pour fibro-myome de l'utérus; traitement rétro-péritonéal du pédicule, par LANNELONGUE et FAGUET (*Cong. gyn. Bordeaux, août 1895*).

Par ce procédé d'hystérectomie avec traitement rétro-péritonéal du pédicule applicable même aux tumeurs enclavées, on assure l'hémostase d'une façon complète et on se met à l'abri des infections péritonéales. Sur 14 malades ainsi traitées il y a eu 12 guérisons et 2 morts, l'une par accidents cardio-pulmonaires et l'autre par urémie. OZENNE.

I. — Des plus gros fibromes justiciables de l'hystérectomie vaginale, par SEGOND (*9e Congrès franç. de chir., octobre 1895*).

II. — Statistiques des opérations faites sur l'utérus pour fibromes, par PÉAN (*Ibid.*).

I. — Sur 66 observations, l'auteur compte 7 décès et 59 guérisons. Pour ces dernières, l'opération a duré 1 heure dans 43 cas, 1 heure et demie dans 6 cas, 2 heures dans 2 cas, 2 heures et demie dans 4 cas et 5 heures dans 6 cas.

II. — Cette statistique d'opérations pour grosses tumeurs comprend :

Par la voie vaginale, en 1890 et 1891, 102 femmes avec 100 guérisons et 2 morts; en 1892, 57 femmes avec 56 guérisons et 1 mort; en 1893, 35 femmes avec 35 guérisons; en 1894, 55 femmes avec 54 guérisons et 1 mort.

Par voie abdominale ou voie mixte, en 1890 et 1891, 47 cas avec 44 guérisons et 3 morts; en 1892, 24 cas avec 24 guérisons; en 1893, 23 cas, 23 guérisons; en 1894, 26 cas, 26 guérisons. OZENNE.

A case of deciduoma malignum, par C.-S. BACON (*Amer. J. of obst., mai 1895*).

Dans ce travail, Bacon fait l'histoire clinique du déciduome et rapporte 20 observations, dont une personnelle.

Il se résume dans les propositions suivantes: Le déciduome malin est une tumeur utérine qui se développe dans l'aire placentaire pendant la grossesse, un peu après l'expulsion d'un œuf normal ou d'une môle hydatique. Il est composé de cellules déciduales qui pénètrent dans la paroi utérine, soit isolées, soit par îlots, formant des masses qui envahissent les vaisseaux et peuvent déterminer des hémorragies ; ces tumeurs peuvent se généraliser dans d'autres organes, particulièrement dans les poumons.

Le déciduome en envahissant les fibres musculaires y détermine une dégénérescence qui les rend semblables aux cellules déciduales, mais sans que cette transformation soit réelle.

Le déciduome ne dérive jamais de l'endothélium vasculaire.

Les différentes formes de déciduome ont toutes la même origine, et ces variétés sont dues simplement aux conditions différentes de développement de la tumeur.

La môle hydatique prédispose au déciduome parce qu'elle diminue la résistance du tissu utérin à son envahissement par les cellules déciduales.

Certaines tumeurs utérines, qui constituent un groupe différent, ressemblent cliniquement au déciduome; mais elles sont formées de villosités choriales altérées qui envahissent le sinus veineux, et déterminent des métastases éloignées. CH. MAYGRIER.

263 Fälle von Hysterectomia vaginalis (Klemmverfahren), par LANDAU (*Berlin. klin. Woch., n° 32, p. 711, 12 août 1895*).

Landau a pratiqué 264 ablations de l'utérus par le vagin, en employant les pinces hémostatiques à demeure. Parmi ces opérations se trouvent 105 cas d'hystéro-ovario-salpingectomie double pour affections complexes des annexes utérines, qui tous ont guéri ; 110 cas de cancer et sarcomes utérins avec 8 morts; 47 cas d'hypertrophie concentrique et de fibromes de l'utérus avec 3 morts, et 2 cas de septicémie puerpérale aiguë avec 1 mort. J. B.

L'hystérectomie par la voie sacrée, par A. LATHURAZ-VIOLLET (*Thèse de Lyon, 1895*).

L'hystérectomie par la voie sacrée est, au point de vue de la gynécologie opératoire, l'équivalent de l'opération proposée par Kraske pour les néoplasmes du rectum. Toutefois on peut utiliser également la voie parasacrée qui ne comporte pas de résection osseuse.

L'étude comparée des résultats publiés semble montrer que l'hystérectomie avec résection sacro-coccygienne temporaire ou définitive est supérieure, au point de vue opératoire, à celle réalisée par la méthode para-sacrée; quant aux résultats éloignés, il est prématuré de se prononcer.

Les tentatives de conservation d'un lambeau ostéo-cutané (résection sacro-coccygienne temporaire), ont donné des résultats peu encourageants. Diverses complications, nécrose, suppuration, en ont été les conséquences; de plus la guérison opératoire est retardée.

Les objections faites à l'hystérectomie sacrée, au point de vue des troubles de la station, de la marche, du défaut de soutien ultérieur du plancher pelvien, n'ont qu'une faible valeur. Il faut plutôt considérer les troubles d'innervation (atrophie, paralysie) entraînés par la section des nerfs sacrés inférieurs.

En somme, l'hystérectomie sacrée est une bonne méthode d'exception, lorsque la voie vaginale est inaccessible (atrésie) ou contre-indiquée (volume considérable de l'utérus). Elle ne saurait être mise en parallèle avec l'hystérectomie vaginale, mais, dans les limites de ces indications, elle peut donner de bons résultats. H. FRENKEL.

Bakteriologische Untersuchungen des weiblichen Genitalsecretes in Graviditate und im Puerperium (Recherches bactériologiques sur les sécrétions génitales pendant la grossesse et les suites de couches), par WALTHARD (*Archiv f. Gyn. XLVIII*, 2).

Walthard s'est proposé de résoudre les questions suivantes :

1° Où commence l'asepsie des voies génitales chez la femme enceinte, et comment peut-on éviter la pénétration des microorganismes du vagin dans la cavité utérine ?

2° Les streptocoques font-ils partie des microbes du vagin ? Possèdent-ils un pouvoir pathogène ?

3° Peuvent-ils être rendus pathogènes par l'augmentation des sécrétions pendant le travail ?

4° Est-il possible, en dehors des cultures, de distinguer les sécrétions vaginales streptococciques de celles qui ne le sont pas ?

5° La désinfection du vagin faite à l'aide d'une antisepsie rigoureuse, est-elle utile ou nuisible au point de vue de la prophylaxie de la fièvre puerpérale ?

Les résultats auxquels les recherches cliniques et expérimentales de l'auteur l'ont conduit relativement à ces questions, se résument ainsi :

1° *Pendant la grossesse.* — Le canal génital d'une femme enceinte et près du terme qui n'a pas été touchée se divise en deux zones.

L'une, inférieure, contient des microbes; elle est constituée par la vulve, le vagin et la portion inférieure du col.

L'autre, supérieure, n'en contient pas; elle comprend la partie supérieure du col, l'utérus et les trompes.

La cause de cette séparation tient au bouchon muqueux qui obture le col, et qui, dépourvu d'albumine, est un mauvais terrain de culture pour les microbes venus du vagin.

Le col lui-même comprend trois zones : une inférieure qui renferme

du mucus homogène, des cellules épithéliales pavimenteuses et quelques cellules cylindriques, des leucocytes et des microbes du vagin; une moyenne où l'on retrouve les mêmes éléments, moins les microbes, et où l'épithélium est devenu cylindrique; une supérieure, où l'on ne trouve plus ni microbes ni leucocytes.

2° *Pendant le travail.* — Les lochies des femmes accouchées normalement sont ordinairement stériles : donc, dans l'accouchement normal et spontané, la cavité utérine n'est pas infectée par le vagin.

3° *Pendant les suites de couches.* — La cavité de l'utérus puerpéral est encore protégée contre l'immigration des germes par le mucus cervical, qui est très analogue à celui de la grossesse, mais avec une consistance plus fluide, et qui ne se laisse pas dissoudre par les lochies.

Dans la zone du canal génital qui contient des microbes, on trouve les espèces pathogènes suivantes : le streptocoque, le staphylocoque, le gonocoque, le bacterium coli.

L'agent principal de l'infection puerpérale légère ou grave est le streptocoque.

Ce microbe a été constaté 27 fois sur 100 chez des femmes enceintes non touchées; il ne diffère de celui de la fièvre puerpérale que par la virulence : cette virulence est en effet nulle dans les organes d'une parturiente saine.

Les streptocoques du vagin se cultivent bien dans le liquide amniotique et dans les lochies; mais les cultures ne sentent pas mauvais et la virulence n'atteint jamais, chez la femme saine, celle qu'on observe dans la fièvre puerpérale.

La fétidité des lochies n'est pas causée par le streptocoque; elle l'est plutôt par le bactérium coli; cette fétidité n'est pas en rapport direct avec la gravité de l'infection.

Quant au rôle pathogène que les streptocoques peuvent jouer pendant l'accouchement et le post-partum, il peut être double.

1° Le microbe agit comme saprophyte, sans virulence, produisant alors de la toxémie ou fièvre de résorption : c'est ce qu'on voit quand il existe une forte anté- ou rétroflexion avec rétention des lochies, une rétention du placenta ou des membranes, et, pendant l'accouchement, une rupture prématurée des membranes et un travail lent.

L'infection de l'utérus a lieu, soit par le contact des doigts ou des instruments, soit par immigration spontanée des microbes le long des parties procidentes de l'œuf pendant le travail, le long des débris ovulaires retenus dans l'utérus et descendant dans le vagin, pendant les suites de couches.

2° Le microbe agit comme parasite, avec virulence; ce fait survient quand les tissus ont perdu leur résistance, comme à la suite de traumatismes opératoires, de compressions prolongées. Les streptocoques de saprophytes deviennent alors parasites et la fièvre puerpérale se déclare.

En ce qui concerne la prophylaxie de l'infection puerpérale, la désinfection des organes génitaux externes pendant le travail est universellement reconnue comme nécessaire et indispensable. Quant à la désinfection du vagin, elle est encore l'objet de discussions.

Toutefois, Walthard admet que cette désinfection doit être pratiquée dans les circonstances suivantes : 1° toutes les fois qu'un acte opératoire

devra être pratiqué au delà de la région microbienne des organes génitaux, c'est-à-dire, en pratique, au delà du col.

2° Dans tous les accouchements anormaux.

3° Chez toutes les femmes atteintes de maladies qui amoindrissent la résistance de l'organisme : néphrites, affections du cœur, syphilis, diabète, maladies infectieuses, anémie.

CH. MAYGRIER.

Ueber Endometritis in der Gravidität, par EMANUEL, WITKOWSKY et VEIT (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn., XXXII, 1*).

La première partie de ce mémoire rédigé par Emanuel et Witkowsky est consacrée à l'étude clinique et bactériologique de l'endométrite gravidique. Emanuel a examiné une caduque d'avortement au 4e mois au point de vue des microorganismes. La femme avait déjà fait une fausse couche 2 ans et demi auparavant, et l'auteur avait trouvé des microbes dans la caduque. Cette fois, la membrane présentait déjà à l'œil nu des traces d'inflammation; au microscope il trouva le tissu infiltré de cellules rondes entre lesquelles existaient des bacilles en grand nombre. Ce sont ces micro-organismes qui, dans les deux cas, ont provoqué l'endométrite. La malade avait d'ailleurs eu constamment un écoulement purulent entre ses deux grossesses et souffrait d'une endométrite chronique.

Witkowsky a fait une étude spéciale du bacille trouvé dans la caduque de cette femme et l'a reconnu analogue, à quelque différence près, au bacterium coli commune.

La seconde partie est consacrée par Veit à l'étiologie de l'endométrite gravidique. Se basant sur l'observation précédente, c'est-à-dire sur la présence de microorganismes dans la caduque des deux avortements chez la même femme, il admet que l'endométrite gravidique doit toujours être rapportée à une inflammation antérieure à la grossesse.

CH. MAYGRIER.

Uterusmyom und Gestation, par KLEINWÄCHTER (*Zeitschr. für Geb. und Gyn., XXXII, 2, 1895*).

Dans une récente publication Hofmeier (*R. S. M.*, XLVI, 581) a cherché à démontrer que les fibro-myomes ne sont pas une cause de stérilité, qu'ils n'entravent pas non plus la fécondité, et que ce n'est qu'exceptionnellement qu'ils agissent défavorablement sur la grossesse, l'accouchechement et les suites de couches.

Kleinwächter a cherché la confirmation de ces assertions dans son matériel gynécologique qui est considérable. Il est d'accord avec Hofmeier en ce qui concerne l'aptitude des femmes à la conception et leur fécondité. Mais il estime que les myomes peuvent entraver l'accouchement d'une façon très grave.

Il rapporte l'observation d'une primipare de 30 ans qui, après un accouchement long mais spontané, eut une hémorragie qui ne put être arrêtée que par le tamponnement utérin et qui amena, malgré tout, la mort une heure après la délivrance. A l'autopsie, on trouva un gros myome interstitiel de la paroi postérieure de l'utérus qui avait été la cause de l'inertie.

CH. MAYGRIER.

Polynévrite consécutive à la grossesse et à l'accouchement, par Ch. VINAY (*Lyon méd., 22 décembre 1895*).

V. relate l'observation d'une malade de 38 ans qui, dans les trois derniers mois de sa sixième grossesse, eut des hémorragies utérines fréquentes et des vomissements. A ce moment elle avait ressenti des douleurs et des fourmillements dans les membres. Accouchement normal. Au quatrième jour, la malade veut se lever, mais elle ne peut se tenir sur ses jambes, elle ne peut non plus rien tenir dans les bras.

A son admission dans le service, on constate une paralysie des quatre membres par névrite périphérique; réflexes patellaires abolis; pas de troubles trophiques; un peu d'amaigrissement des muscles des membres. Guérison progressive en deux mois, par les injections de 1 gramme d'ergotine tous les deux jours et l'électricité. A. CARTAZ.

La variole dans la grossesse, par VAN DER WILLIGEN (*Nederl. Tijd. voor Genesk., 11, 1895*).

Sur 432 cas de variole qu'il a eu à soigner, W. a compté 80 femmes enceintes. Tandis que la mortalité a été de 11,08 0/0, elle a atteint chez ces dernières 15 0/0. 4 eurent une variole confluente, 6 la forme hémorragique; les 10 moururent.

L'avortement ou l'accouchement prématuré sont notés chez 23 des 80 femmes. Chez 6 autres, l'accident survint dans la convalescence; 16 enfants vinrent vivants, 8 à terme, 8 prématurément; 3 seulement dépassèrent 6 mois, plusieurs moururent de la variole, 2 étaient sûrement nés contaminés. A. C.

Zur Hinterscheitelbeineinstellung (De la présentation du pariétal postérieur), par GŒNNER (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., XXXI, 2*).

L'inclinaison de la tête sur son pariétal postérieur a été observée à la Maternité de Bâle 8 fois sur 2,400 accouchements : 0,3 0/0.

Chez sept femmes, le bassin était rétréci; la huitième avait un fœtus hydrocéphale. Trois enfants naquirent vivants; chez trois autres on dut faire la craniotomie; les deux derniers succombèrent pendant le travail. Une des mères mourut de rupture utérine.

Dans cette situation anormale de la tête, le pariétal postérieur s'engage de plus en plus pour que la suture sagittale n'ait aucune tendance à revenir occuper le centre du bassin; aussi l'accouchement spontané est-il rarement possible, d'autant que le bassin est le plus souvent rétréci.

Gœnner recommande l'emploi du forceps, combiné à des manœuvres pour réduire la mauvaise présentation et fixer la tête entre les cuisses. Si on ne réussit pas, il ne reste qu'à faire la craniotomie, même si l'enfant est vivant. CH. MAYGRIER.

Zur Frage der Einleitung der Künstlichen Frühgeburt bei Beckenenge (Accouchement prématuré artificiel dans les rétrécissements du bassin), par O. BEUTTNER (*Archiv für Gyn., XLVIII, 2*).

L'accouchement prématuré artificiel est une des opérations les plus bienfaisantes de l'obstétrique.

Au point de vue de la provocation de l'accouchement, il n'y a pas de différence entre les primipares et les multipares : il n'y a pas lieu d'attacher une grande importance aux accouchements antérieurs.

Un diamètre conjugué vrai de 10 centimètres n'est pas une contre-indication à l'opération.

Les indications de l'accouchement provoqué résident surtout dans la disproportion entre la tête et le bassin. Le seul procédé qui permette de bien constater cette disproportion est celui de Müller.

L'accouchement doit être provoqué même lorsque la tête fœtale, soumise à des pressions extérieures prolongées, faites avec prudence et sous le chloroforme, s'engage encore par sa grande circonférence à travers le détroit supérieur.

Le procédé de Müller permet d'apprécier très exactement l'époque à laquelle on doit provoquer l'accouchement.

On ne doit pas se baser sur l'époque présumée de la grossesse pour évaluer le développement du fœtus.

L'opinion de Fehling, que l'accouchement spontané donne dans les rétrécissements du bassin de meilleurs résultats que l'accouchement prématuré artificiel, n'est pas fondée.

La provocation de l'accouchement n'exerce aucune influence fâcheuse sur les suites de couches. CH. MAYGRIER.

Ueber die Perforation des nachfolgenden Kopfes (Perforation de la tête dernière), par P. STRASSMANN (*Centr. f. Gyn.*, *6 avril 1895*).

Après avoir préconisé les manœuvres extérieures d'expression combinées à des tractions sur la mâchoire inférieure pour extraire la tête dernière, manœuvres qui lui semblent trop peu employées, Strassmann expose la technique de la perforation du crâne. On est obligé, en effet, d'y recourir quand les manœuvres d'extraction ont échoué et quand l'enfant est mort.

L'auteur rejette comme trop difficile à exécuter la perforation par la bouche que conseille Demmer; pour lui la meilleure manière de perforer la tête dernière est d'introduire l'instrument dans la région sushyoïdienne, de traverser la bouche où un doigt est introduit pour guider le perforateur, puis de pénétrer dans le crâne par la voûte palatine. La substance cérébrale est ensuite dilacérée avec une sonde, et la tête est extraite à l'aide d'un ou deux doigts introduits dans la bouche. CH. MAYGRIER.

Zur Ätiologie der Inversio uteri post partum, par W. BECKMANN (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, *XXXI*, *2*, *1895*).

Beckmann relate une observation d'inversion complète de l'utérus survenue spontanément après l'accouchement, chez une primipare de 23 ans. Il réussit à réduire le déplacement sous le chloroforme et la femme, bien que profondément anémiée, guérit.

L'auteur décrit minutieusement les causes de l'inversion, soit traumatique, soit spontanée. La première n'est pas aussi fréquente qu'on l'admet, et il n'est pas toujours juste, quand on se trouve en présence d'une inversion puerpérale, d'incriminer les manœuvres du médecin ou de la

sage-femme. Sur 100 observations relevées dans la littérature, 54 fois l'inversion a été spontanée, 21 fois elle a succédé à des manœuvres violentes, et 25 fois, l'étiologie n'a pu être nettement établie.

Comme conclusion, Beckmann admet que l'inversion spontanée est de beaucoup la plus fréquente et qu'elle s'observe surtout chez les primipares, ou tout au moins chez les femmes jeunes. CH. MAYGRIER.

I. — Zwei Fälle von spontaner Uterusruptur, par A. GESSNER (*Centralbl. f. Gyn.*, *n° 2, 12 janvier 1895*).

II. — Ein Fall von traumatischer Uterusruptur in der Schwangerschaft, par REUSING (*Ibidem*).

I. — Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de 35 ans, multipare, ayant une présentation de l'épaule, la main et le cordon à la vulve. En pratiquant la version, on constate une déchirure qui part du cul-de-sac gauche du vagin et s'étend jusqu'à l'anneau de contraction.

L'enfant extrait pèse 2,600 grammes et est ranimé. L'état général de la mère est d'abord excellent ; le pouls normal. Mais pendant le transport à la clinique, une hémorragie survient qui l'anémie profondément. Comme on suppose une déchirure complète de l'utérus, on fait la laparotomie 2 heures 1/2 après l'accouchement. L'utérus est attiré au dehors, mais il ne présente pas de solution de continuité extérieure ; il n'y a pas de sang dans le péritoine ; on constate seulement un gros hématome partant de l'angle gauche de l'utérus et soulevant le péritoine du ligament large correspondant. On réintègre l'utérus dans le ventre, on ferme la plaie. La malade a guéri sans complications.

Le second fait a trait à une secondipare, envoyée à la clinique avec la mention : tête enclavée, forceps impossible. On diagnostique une hydrocéphalie avec rupture utérine imminente. Perforation du crâne et extraction du fœtus. La main introduit dans le vagin, après l'accouchement, permet de constater l'existence d'une déchirure partant du col à droite et s'étendant jusqu'à l'anneau de Bandl. Comme l'état de la femme est satisfaisant et comme il n'y a pas d'hémorragie, on tamponne par le vagin à la gaze stérilisée. Formation d'un petit hématome à droite les jours suivants. Guérison.

A propos de ces deux faits, Gessner fait remarquer que les signes classiques de la rupture ont fait défaut. Il en est ainsi dans un certain nombre de cas, et il n'est pas toujours facile alors d'établir le diagnostic de déchirure, ou de reconnaître si cette déchirure est complète ou incomplète, ce qui serait pourtant fort important pour le traitement.

Au point de vue de la conduite à tenir, l'auteur examine successivement le tamponnement par le vagin, la suture de la déchirure par le vagin et la laparotomie, avec les indications propres à chacune de ces méthodes.

II. — Les cas de rupture traumatique de l'utérus gravide sans solution de continuité de la paroi abdominale sont rares. Reusing n'en a trouvé que trois dans la littérature ; ceux de Plenio, Slawianski et Neugebauer.

Il rapporte un quatrième fait :

Une femme de 23 ans, arrivée au 8e mois de sa grossesse, fait une chute de 4 mètres de haut. Elle tombe sur les pieds et glisse ensuite sur les genoux. Elle peut faire quelques pas et regagner sa maison. On ne constate aucune

trace de lésion extérieure; il n'y a ni hémorragie ni perte de connaissance.

La femme est transportée à l'hôpital, où, malgré l'absence de signes généraux, on diagnostique une rupture complète de l'utérus au 8e mois environ de la grossesse, avec issue du fœtus dans l'abdomen.

Laparotomie : le fœtus est trouvé libre dans la cavité péritonéale; il a subi un commencement de macération. Après son extraction, on constate que la rupture occupe toute la face antérieure de l'utérus; elle est comblée par le placenta. On enlève le délivre et on suture la déchirure : neuf soies profondes ferment la plaie; le péritoine est réuni avec du catgut. Fermeture de l'abdomen. Durée de l'opération, 38 minutes. Guérison sans complications sérieuses au bout de 20 jours. CH. MAYGRIER.

Deux cas de fièvre puerpérale grave guéris par la méthode des abcès de fixation, par PAWLOWICZ et ZALESKI (*Medycyna, 29 juillet 1895*).

Dans les deux cas, l'état des malades restait grave tant qu'on appliquait d'autres procédés de traitement. Dans le premier cas, on fit une injection d'un centimètre cube de térébenthine, le 16e jour après l'accouchement. Après l'injection, l'état de la malade s'améliora, en même temps que la température baissa; le 9e jour, on ouvrit l'abcès, et la température tomba à la normale.

Dans le deuxième cas, on a injecté 2 centimètres cubes de térébenthine, le 9e jour après les couches, et on a ouvert l'abcès le 6e jour après l'injection.

H. FRENKEL.

Traitement de la septicémie puerpérale, par F. VERCHÈRE (*Congrès gynécol. de Bordeaux et Bulletin méd., 8 septembre 1895*).

Dans les différentes formes de la septicémie puerpérale (forme bénigne et formes graves), il faut traiter les accouchées par l'antisepsie utérine. Pour cela, Verchère conseille non seulement l'antisepsie préobstétricale et l'antisepsie pendant l'accouchement, mais encore un pansement rare, constant, après l'accouchement, qu'on exécute ainsi : la délivrance terminée, lavages avec solution de sublimé à 1 0/00, puis application intra-vaginale d'un tampon de gaze iodoformée, qu'on laisse vingt-quatre heures. Nouveau pansement le deuxième jour, renouvelé seulement le sixième et le onzième. En tout, quatre pansements.

Si l'infection utérine s'est produite, il faut faire la désinfection de l'utérus par les irrigations et le curetage au besoin. Dans le cas de septicémie à foyers multiples suppurés, il est nécessaire d'ouvrir largement chaque foyer à mesure qu'il est nécessaire. OZENNE.

Traitement de la septicémie puerpérale par le sérum antistreptococcique, par Ch. VINAY (*Lyon méd., 26 janvier 1896*).

Relation de 4 cas traités par un sérum différent de celui de Marmorek; il a été obtenu sur un cheval déjà immunisé contre la diphtérie au moyen d'injections de cultures de streptocoques filtrées.

Les observations peuvent se résumer ainsi :

1° Femme de 27 ans. Avortement au 2e mois. Septicémie puerpérale, avec accidents des plus graves. Injection de 20 centimètres cubes de sérum. Chute de la température. Amendement des symptômes. Salpingite suppurée secondaire, ouverture, drainage, guérison;

2° Femme de 27 ans. Rétrécissement du bassin. Application de forceps. Fièvre puerpérale. Injections de sérum, guérison;

3° Femme de 38 ans. Septicémie puerpérale grave, rhumatisme infectieux. V., appelé le 22e jour, la trouve mourante, injections de sérum, mort;

3° Dystocie grave. Septicémie. Psychose puerpérale à forme mélancolique. Injections de sérum contre le délire. Résultats nuls. A. C.

I.— Die Heilung der Osteomalacie mittelst Castration, par POLGAR (*Arch. f. Gyn. XLIX, 1*).

II. — Operirten Fälle von Osteomalacie, par BUSSCHE-HADDENHAUSEN (*Ibidem, XLIX, 1*).

I. — Polgar rapporte l'histoire de 7 femmes ostéomalaciques qui ont subi l'opération de la castration à la clinique de Kezmarsky à Budapest. Six d'entre elles ont été guéries ou améliorées; la septième est encore en traitement.

Si l'on considère que la castration se confirme tous les jours comme donnant d'habitude d'excellents résultats en pareil cas, il n'y a pas lieu de s'étonner du nombre croissant des partisans de l'opération de Fehling.

II. — Bussche-Haddenhausen publie les observations de six femmes atteintes d'ostéomalacie et opérées par la castration à la clinique de Runge à Göttingen. L'une d'elles a succombé le 5e jour, à une affection cardiaque donc pour une cause étrangère à l'opération. Les cinq autres ont guéri et ont été améliorées presque immédiatement. Toutes ces femmes étaient originaires de contrées où l'ostéomalacie sévit endémiquement.

L'auteur conclut que la castration, préconisée par Fehling, exerce une influence très heureuse sur la guérison de l'ostéomalacie.

Il considère comme un devoir de recourir à cette opération, bien qu'on ne sache pas exactement par quel mécanisme elle amène la guérison; l'intervention doit être faite de bonne heure, avant que les déformations ne soient trop accentuées. CH. MAYGRIER.

Sur l'ostéomalacie puerpérale, par ROSSIER (*Therap. Monatsh., n° 12, p. 653, 1895*).

La nature de l'ostéomalacie puerpérale n'est pas encore bien établie. Ce qu'on sait de plus précis, c'est qu'il y a dans le sang une augmentation des cellules éosinophiles et qu'au point de vue anatomo-pathologique, on trouve au niveau des os un processus de destruction plus intense que le processus de formation. On trouve, en résumé : une destruction de la substance osseuse; une dégénérescence hyaline des vaisseaux de l'ovaire, une augmentation des cellules éosinophiles, une diminution de l'alcalinité du sang et un rapport incontestable entre l'ovulation, la grossesse, la puerpéralité et l'ostéomalacie; on a été ainsi conduit à pratiquer la castration qui donne 80 0/0 de guérisons. On pourrait aussi essayer l'administration de moelle osseuse. PAUL TISSIER.

Grossesse extra-utérine, diagnostiquée au sixième mois, opérée à une époque rapprochée du terme....., par PINARD (*Bull. Acad. méd., 6 août 1895*).

Primipare de 36 ans : grossesse extra-utérine de six mois et demi environ; œdème douloureux du membre inférieur gauche. Repos au lit; la grossesse évolue sans incident jusqu'à une époque rapprochée du terme. Le 2 mai, laparotomie, extraction d'un fœtus (2,700 gr.) vivant : le placenta est laissé en place ; suture des parois du kyste aux lèvres cutanées ; le placenta est éliminé dans le courant du mois de mai. Trois mois après l'opération, guérison complète.

L'auteur insiste, dans cette observation, sur la rareté de la grossesse ectopique chez une primipare, sur la perception nette de deux tumeurs, l'une, le kyste fœtal immobile, et l'autre, plus petite, se contractant, et sur la nécessité du repos absolu pour qu'il n'y ait pas rupture des vaisseaux de nouvelle formation et une interruption de la grossesse.

En ce qui concerne l'époque de l'intervention, Pinard est d'avis qu'il y a plus de chances d'avoir un enfant viable après le huitième mois. On n'interviendra donc, sauf en cas d'urgence, que dans le cours du neuvième mois et l'on s'abstiendra d'extraire le placenta. L'auteur a agi ainsi 16 fois sans accident. L'enfant a vécu et s'est bien développé tout en présentant une asymétrie faciale, l'une des malformations déjà signalée par les auteurs chez les fœtus extra-utérins. OZENNE.

Semiamputatio Uteri gravidi bei Gravidität im rudimentären Uterushorn....., par M. WALTHARD (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 24, p. 777, 15 décembre 1894*).

Paysanne de 18 ans ; au cinquième mois de sa première grossesse (milieu d'octobre 1892), symptômes de péritonite aiguë avec douleurs expulsives et écoulement sanguin durant 8 jours. En décembre suivant, à deux reprises séparées par un intervalle de 4 jours, réapparition de contractions douloureuses et de métrorragies. Au commencement de mars 1893, reproduction des mêmes accidents. Etat le 24 : masque de grossesse, pigmentation de la ligne blanche et de l'aréole mammaire; colostrum. Tumeur dans le flanc gauche. Le col utérin se trouve à droite de la ligne médiane; il est bleuâtre, ramolli et long de 1 centimètre ; il se continue supérieurement du côté droit avec une petite tumeur piriforme, dans laquelle la sonde révèle une cavité profonde de 8 centimètres 1/2. Annexes droites normales.

Du bord gauche de l'utérus, au voisinage du fond, part un large cordon se dirigeant vers la gauche et aboutissant à une tumeur qui répond à celle signalée à l'extérieur ; la partie inférieure de cette masse est irrégulière, sa consistance molle et élastique; en arrière et en bas, des anses intestinales lui adhèrent. Cette tumeur est dans sa totalité peu mobile et le corps utérin vide ne participe pas à ses mouvements. On ne perçoit pas l'ovaire gauche. Urines normales.

Opération le 28 mars. Incision commençant au bord supérieur de la symphyse, passant à gauche de l'ombilic et se terminant à 5 centimètres plus haut. Péritoine pariétal très épaissi, avec adhérences multiples. La moitié supérieure de la corne utérine gravide est revêtue d'un réseau admirable provenant du développement insolite des vaisseaux du grand épiploon auquel elle est soudée. Pour éviter des hémorragies parenchymateuses, l'épiploon est reséqué au-dessus de l'adhérence la plus élevée. Les adhérences détachées,

on constate que la corne utérine non gravide, accessible par le vagin, est en antéflexion et en dextroversion dans la partie droite du bassin ; en arrière d'elle, se voit l'ovaire normal sans corps jaune. La trompe droite est également normale. La corne utérine gauche, rudimentaire, gravide et inaccessible par le vagin, est reliée par un large pédicule membraneux au bord droit de la corne droite ; sa trompe, très flexueuse, située en avant d'elle, se rend à l'ovaire gauche, qui est allongé contre le côté gauche de la corne et porte un corps jaune. Le ligament rond gauche a été saisi dans une ligature, en détachant les adhérences ; il partait de l'extrémité périphérique de la corne gravide.

Guérison apyrétique. Dès lors, nouvelle grossesse et accouchement spontané en présentation pelvienne, d'une enfant du sexe féminin ; suites de couches normales.

La corne gravide extirpée se composait d'une tumeur en partie kystique, en partie ferme, avec parois d'épaisseur variable et de consistance pâteuse ; l'épaisseur des parois oscillait entre 11 millimètres et 5 dixièmes de millimètre. Le contenu consistait en une matière muqueuse, trouble, d'un brun jaunâtre dans laquelle se trouvait un fœtus masculin mort, long de 30 centimètres, et son placenta : les cultures n'ont révélé aucun microorganisme dans ce contenu. Les parois du kyste fœtal étaient formées par la musculature utérine et une caduque. Aucun conduit ne faisait communiquer la tumeur ni avec son pédicule, ni avec le vagin. J. B.

Beiträge zur Extrauteringravidität, par H. THOMSON (*Zeitschr. f. Geb. una Gyn., XXXII, 1*).

Thomson rapporte cinq cas de grossesse ectopique observés en un an à Odessa.

Dans le 1er, le fœtus était mort au 6e mois et le kyste était en putréfaction. On donna issue au fœtus et à ses annexes par une incision vaginale ; la guérison fut parfaite.

Le second cas concerne une femme qui avait une grossesse extra-utérine datant de 13 ans. Au bout de ce temps, suppuration du kyste et élimination par une ouverture spontanée à la paroi abdominale de diverses parties fœtales : la femme les enlevait elle-même de temps en temps, il se produisit une fistule intestinale qui fut opérée avec succès.

Dans le 3e cas, la laparotomie fut faite pour une grossesse tubaire droite ; guérison.

Les deux derniers cas ont été traités par l'expectation et ont guéri tous les deux. CH. MAYGRIER.

MALADIES DES ENFANTS.

Encéphalite aiguë non suppurée chez l'enfant, par LÖHR (*Berlin. klin. Woch, n° 34, p. 654, 26 août 1895*).

Fillette de 8 ans, ayant eu la diphtérie il y a 3 ans et la rougeole il y a 2 ans et quelques maux de tête l'an dernier. Début brusque le 30 avril au matin par

des vomissements bilieux, de la fièvre, de la lassitude et de la céphalalgie; la veille l'enfant s'était échauffée à courir. Dès le lendemain, aphasie; la fièvre dura 6 jours, les vomissements ne reparurent pas, point de convulsions; intelligence entière, mais gémissements et cris le jour et la nuit; constipation, inappétence seulement pendant la phase fébrile. A l'entrée, le 15 mai, 36°; de 70 à 80 pulsations; l'enfant, un peu émaciée, est presque continuellement assise dans son lit, faisant aller ses mains de droite et de gauche, poussant parfois des cris aigus, mais plus souvent des gémissements, jetant des regards égarés autour d'elle, ne répondant pas aux appels et cherchant à mordre et à égratigner quand on veut l'examiner. Pupilles très dilatées, égales et réagissant; fond des yeux normal; léger strabisme convergent à droite; un peu de parésie du facial inférieur droit; aucune rigidité de la nuque. L'enfant est incapable de se tenir debout sans vaciller, ses deux jambes sont ataxiques, surtout la droite qui est atteinte de parésie. Elle saisit maladroitement les objets de la main droite dont la force est très affaiblie; lorsqu'on lui met un morceau de pain dans la main droite, elle le prend avec sa gauche pour le porter à la bouche. Tous les sens spéciaux sont intacts, l'aphasie absolue; aucun trouble de la sensibilité, exagération des réflexes rotuliens, principalement à droite. Miction et selles involontaires. La période d'agitation maniaque dure un septénaire, sans fièvre; peu à peu, la petite malade devint plus calme, l'ataxie et la parésie diminuèrent, seule l'aphasie demeure entière, bien que l'enfant reconnaisse l'écriture.

Il s'agit essentiellement d'un foyer d'encéphalite de l'hémisphère cérébral gauche, d'un de ces cas décrits par Strümpell, Leichtenstern, Fürbringer et Oppenheim. J. B.

I. — Cerebrale diplegie der Kinder, Friedrei'sche Krankheit und multiple Sklerose, par Wilhelm KŒNIG (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 33*, *p. 716*, *19 août 1895*).

II. — Ueber zwei Fälle von Diplegia spastica cerebralis oder doppelseitiger Athetose, par H. OPPENHEIM (*Ibidem*, *n° 34*, *p. 733*, *26 août 1895*).

I. — Garçon de 7 ans et demi, sans tare héréditaire; durant la grossesse, la mère a souffert tout le temps de rhumatisme articulaire; en outre, à la suite d'une violente émotion, elle eut une syncope. L'accouchement fut spontané, mais lent et l'enfant vint au monde très débile et apathique. Il a une sœur plus jeune, parfaitement portante.

Le petit patient n'a jamais eu ni convulsions, ni autres maladies, mais il n'a commencé à parler et à marcher qu'à l'âge de 4 ans. Admis à l'asile des idiots. Il oublie d'un jour à l'autre ce qu'il a appris, ne sait ni lire ni écrire, reconnaît son entourage, s'irrite facilement, bat et mord ses camarades. Le développement physique est aussi en retard que l'intellectuel; pigmentation brunâtre de la plus grande partie du corps. Il marche les jambes écartées, oscillant latéralement, projetant ses membres surtout le côté droit, appliquant violemment toute la plante des pieds sur le sol; dans les mouvements de conversion, il titube comme un homme ivre et tombe parfois; la démarche est très raide; il descend et monte les escaliers lentement et prudemment, se tenant à la rampe, si non il perd l'équilibre. Il ne peut rester assis sans perdre l'équilibre, à moins que ses pieds ne touchent le sol ou que son torse soit appuyé. Quand il se relève du sol, il lui arrive de tomber en arrière. Dans la station debout, malgré l'écartement des jambes, l'inclinaison de la tête en avant et des contractions continues des extenseurs des pieds, il a de la tendance à se précipiter ou à tomber en arrière. La clôture des yeux n'augmente pas les troubles d'incoordination. Dans le décubitus dorsal, on note un affaiblissement de l'énergie brute des membres inférieurs, plus marquée à

droite, et des mouvements ataxiques. Certains réflexes tendineux sont exagérés, mais les rotuliens font défaut ainsi que la trépidation épileptoïde du pied; un peu d'hyperesthésie. Fonctionnement normal des sphincters. Les membres supérieurs offrent, à un degré moindre, les mêmes troubles que les inférieurs; les mouvements d'une des mains s'accompagnent toujours de mouvements associés de l'autre quand il s'agit de fléchir énergiquement les doigts Tête petite, symétrique. Pupilles égales et promptes à réagir; pas de nystagmus, sens des couleurs conservé; fond des yeux sain.

Ouïe, goût et odorat bons; mobilité linguale parfaite; voile du palais peu mobile; pas de troubles de la déglutition; reflexe pharyngien. Les *p* sont articulés comme des *b*, les *t* comme des *d*; la parole est monotone, lente, scandée, souvent nasonnée et indistincte, et s'accompagne de grimaces variées. Il est impossible au malade de fermer entièrement, à l'état de veille, ses paupières droites.

Après avoir discuté les analogies et les dissemblances de ce cas, soit avec la maladie de Friedriech, soit avec la sclérose en plaques, Kœnig conclut :

Il y a, ainsi que Freud l'a, le premier, montré (*Zur Kenntniss der centralen Diplegien des Kindesalters*, 1893) des cas pathologiques dont le complexus symptomatique offre des diversités, mais qui présente une certaine ressemblance, d'une part avec la maladie de Friedreich, d'autre part avec la sclérose en plaques, tout en se distinguant nettement de l'un et de l'autre, tant par leur étiologie (maladies et émotions de la mère pendant la grossesse, accouchement se traînant) que par leur mode d'évolution et qui, par ce double motif, doivent être rangés jusqu'à meilleur avis dans le grand groupe des diplégies cérébrales de l'enfance. Il est probable que les lésions anatomiques ne sont pas toujours les mêmes. La cause des troubles de la coordination est encore inconnue; en tout cas, une observation de Kœnig montre que l'hypoplasie congénitale ou le développement imparfait du cervelet ne donnent pas nécessairement lieu à de l'incoordination.

II. — Il s'agit d'une mère et de son enfant. La mère, âgée de 31 ans, présente, vraisemblablement depuis sa naissance, des troubles moteurs universels, mélanges de paralysie, de spasme et d'athétose; en un mot, elle a une athétose double, ou mieux une diplégie cérébrale spasmodique. L'intérêt spécial des troubles, c'est que les troubles de motilité sont accentués, surtout dans les nerfs craniens, à l'exception de ceux des yeux, ainsi que dans les appareils de l'articulation, de la phonation, de la déglutition et de la mastication. En outre, cette femme, quoique très intelligente et ayant une bonne ouïe, est complètement muette; cependant, lorsqu'elle rit, pleure ou sanglote, on entend des sons inarticulés, qu'on ne peut provoquer par des excitations douloureuses. Elle a les lèvres et les mâchoires étroitement serrées, la bouche déviée un peu à droite, le trimus est permanent. De temps à autre, des mouvements involontaires relèvent fortement les sourcils et tiraillent la bouche. Il lui est impossible de faire la bouche en cœur, de siffler; pour ouvrir la bouche, elle a à vaincre le spasme des muscles maxillaires, n'y parvient que lentement avec fortes grimaces et en déterminant une subluxation de la mâchoire inférieure qui s'accompagne d'un claquement et se détruit spontanément quand la bouche est fermée. Pas de mouvements latéraux du maxillaire inférieur. Les yeux sont clos à volonté par la malade, mais sans énergie. Elle ne tire la langue qu'avec peine et incomplètement, et ne la meut latéralement qu'avec des efforts visibles. Le voile palatin ne se tend pas activement mais a conservé ses mouvements reflexes. Elle ne sait ni lire ni écrire mais comprend tout et se fait comprendre par la mimique. La mastication et la déglutition sont laborieuses; la déglutition des liquides s'accompagne de gargouillements; la dé-

glutition à vide est impossible. Les muscles ne sont pas atrophies et sont excitables électriquement. Les mains ont deux attitudes de prédilection : celle des poings fermés et celui de pattes. Les objets sont saisis lentement, avec un écartement exagéré des doigts et beaucoup de mouvements associés; l'énergie développée est peu considérable. L'athétose se manifeste dès que les mains sont ouvertes. Aux membres inférieurs, il y a de la paralysie spasmodique, les pieds sont en varus équin ; et la démarche caractéristique avec les jambes raidies et les pointes des pieds collant au sol. Le rachis présente une déformation due à la faiblesse et à la contracture de ses muscles. Les sphincters fonctionnent bien. Les sens sont intacts, à part l'odorat qui manque entièrement. L'expectoration des crachats est complètement impossible. Cette femme est née à terme, mais sa mise au monde fut laborieuse; elle n'a commencé à marcher qu'à 6 ans, à 9 ans; elle a eu quelques accès convulsifs avec perte de connaissance qui ne se sont pas répétés depuis lors.

Sa fille, âgée de 10 ans, a hérité de son affection, mais depuis l'an dernier, elle commence à parler, articulant très défectueusement; sa parole rappelle tout à fait celle de la paralysie bulbaire, s'accompagne de fortes grimaces et de mouvements associés de presque tous les muscles du corps. L'enfant a la même attitude de la bouche que sa mère, le même trismus, la même subluxation maxillaire quand elle ouvre la bouche, la même difficulté à sortir la langue; la mastication et la déglutition sont pourtant moins pénibles et la marche moins spasmodique. Très intelligente, elle a souvent des sanglots convulsifs auxquels se joint parfois un spasme tonique de tout le corps; les yeux se ferment alors, tandis que, volontairement, la malade ne parvient que difficilement et momentanément à les clore.

Oppenheim a eu récemment (*Neurol. Centralbl.*, 1895 nº 3) l'occasion d'observer et d'autopsier un cas analogue. Il s'agissait d'une paralysie spasmodique bilatérale avec athétose de la musculature des lèvres, de la langue, du palais et des mâchoires offrant les symptômes de la paraysie glossolabiopharyngée sans atrophie. Il a constaté un arrêt de développement des hémisphères cérébraux au niveau des circonvolutions centrales et des parties attenantes; les lésions consistaient en porencéphalie et mycrogyrie. J. B.

Recherches et considérations sur le méningisme chez les enfants, par ROESCH (*Thèse de Paris, 1895*).

L'auteur rapporte une série de cas imputables, les uns à l'hystérie, les autres à des infections variées, où se sont manifestés des accidents revêtant les caractères cliniques des méningites tuberculeuses. Dans ces derniers cas, l'anatomie pathologique a été négative; les symptômes méningés seraient dus aux toxines sécrétées par les microorganismes, allant irriter un cerveau débilité et hyperexcitable ; le pronostic du méningisme est, en général favorable ; il l'est toujours quand le méningisme est lié à un réflexe nerveux (helminthiase, constipation prolongée, etc.).

H. L.

Ueber Cephalhydrocele traumatica, par F. DE QUERVAIN (*Archiv f. klin. Chir.*, *LI, 3, p. 459-483*).

Après une fracture du crâne chez l'enfant, les os, au lieu de se souder, sont parfois érodés et disjoints par la croissance du cerveau; et il peut

alors se répandre du liquide cérébrospinal sous le cuir chevelu : c'est ce qu'on appelle le céphalhydrocèle traumatique. L'auteur présente 3 observations nouvelles et personnelles de cette affection rare chez des enfants, âgés de 4, 16 et 17 mois.

Comme traitement, il propose, dans les cas récents, la suture osseuse; dans les cas tendant à la guérison spontanée, une plaque protectrice; enfin, dans les cas tendant à s'aggraver, la compression par une pelote, l'injection iodée pour diminuer la production du liquide, le drainage des ventricules s'il y a de l'épilepsie, enfin les opérations plastiques.

MARCEL BAUDOUIN.

Méningocèle traitée par ablation et autoplastie, par Mayo ROBSON (*Amer. Journ. of the med. sc., p. 280, septembre 1895*).

Enfant de 6 mois présentant une tumeur de la région occipitale qui, grosse comme un œuf au moment de la naissance, s'était accrue très rapidement dans les trois dernières semaines ayant précédé l'intervention. On pratiqua une incision courbe de la peau, sur le côté gauche de la base de la tumeur, de façon à former une sorte de lambeau. A ce moment, on fait une petite incision exploratrice du sac, d'où sort un liquide transparent : le doigt introduit dans le sac trouve un orifice dans le crâne de 1 centimètre de diamètre.

L'incision de la peau est alors continuée tout autour de la base de la tumeur, et le pédicule méningien libéré, lié avec un fil de soie, et la tumeur enlevée en sectionnant au niveau de la ligature. Le lambeau est alors rabattu et fixé par des sutures. Les sutures furent enlevées le 6e jour, et l'enfant était parfaitement guéri le 9e.

F. VERCHÈRE.

Cases of basal (subarachnoid) drainage, par Alfred PARKIN (*The Lancet*, **p.** *1167, 9 novembre 1895*).

1° Un garçon de trois ans et demi est admis à l'hôpital le 27 février 1894 pour convulsions. La tête est large, globuleuse, mesure 50 centimètres de circonférence : l'intelligence est faible : l'enfant ne peut ni parler, ni marcher, ncontinence de l'urine et des matières. La vision paraît normale.

Le 17 mars, trépanation de l'occipital, au ras de la ligne médiane : incision de la dure-mère ; un drain introduit par dessous le cervelet dans la cavité du 4e ventricule, permet une issue lente et peu abondante du liquide cérébrospinal. Amélioration lente mais graduelle de tous les symptômes : guérison de la plaie. Deux jours après l'opération les réflexes rotuliens, qui étaient abolis, reparaissent.

Le drain fut laissé en place 28 jours; lorsqu'on le retira, l'enfant eut une crise convulsive, fut très irritable, mais tous ces accidents disparurent rapidement.

Le 22 mai, l'enfant pouvait se tenir debout seul, appuyé contre la muraille. Le 3 juillet, il se tenait debout sans aucun appui, disait de nombreux mots, et paraissait plus intelligent. Le 8 janvier 1895, il parlait bien, reconnaissait les objets et les personnes, et pouvait marcher à condition qu'on lui donnât la main : son corps s'est développé, tandis que le crâne restait à son volume antérieur. En juin 1895, l'amélioration était encore plus marquée.

2° Un garçon de 5 ans est admis pour convulsions et hydrocéphalie, le 20 août 1895. La circonférence de la tête est de 0,45 centimètres : les fontanelles et les sutures sont largement ouvertes : syphylis congénitale. Le 3 septembre on pratique le drainage, comme dans l'observation précédente : pen-

dant 3 jours, il y eut une amélioration marquée : une grande quantité de liquide céphalorachidien s'écoula au dehors.

Le quatrième jour parurent des vomissements, avec une température de 39°5 et la mort survint le sixième jour, par hyperpyrexie, due à la trop grande quantité de liquide écoulé. A l'autopsie, pas de signes de sepsie : tous les ventricules sont dilatés, et contiennent une quantité considérable de liquide. MAUBRAC.

Case of recovery after trephining in tuberculous meningitis, par James KERR (*The Lancet, p. 1041, 26 octobre 1895*).

Un enfant de 10 ans tombe malade dans les premiers jours de mars 1895 : il se plaignait de douleurs abdominales, de céphalalgie. Le 17 mars, la céphalalgie était très forte avec des exacerbations : l'enfant souffrait de constipation, de fièvre; point de névrite optique. Durant dix jours l'état empira avec un pouls de 88 à 100, et une température de 37°2 à 37°8, puis parurent des vomissements cérébraux, du délire, le cri méningitique. Le 26 mars, on note que l'enfant dort les yeux ouverts, les mains fléchies : on constate de la névrite optique : le soir, l'enfant eut une convulsion.

Le 27 mars, on trépane à un pouce et quart au-dessus et en arrière du méat gauche : le cerveau bombe aussitôt : la dure-mère est incisée, peu de liquide s'écoule, et le cerveau ne présente pas de pulsations : on ponctionne dans la direction du ventricule, sans qu'il s'écoule de liquide. Un faisceau de crin de Florence est introduit vers la base, à une profondeur de un pouce trois quarts environ, son extrémité libre venant faire issue au dehors, au niveau de l'incision du cuir chevelu qui est suturée. Amélioration immédiate. Neuf heures après l'opération l'intelligence est nette, la céphalalgie a disparu. Soixante heures après, on fait le pansement et on note qu'une petite quantité de liquide clair s'écoule en dehors, ce qui oblige à changer le pansement tous les trois jours. Le 17e jour, le drain est retiré : au bout d'un mois l'enfant était guéri.

Au commencement de septembre l'enfant eut de nouveau de la céphalalgie avec vomissements, et durant 15 jours on craignit une récidive ; mais tous les signes inquiétants disparurent, et actuellement l'enfant paraît en bonne santé, toutefois sa température reste élevée régulièrement 37 à 38°. MAUBRAC.

Trephining and drainage for basal cerebral hœmorrhage : death, par F. EVANS (*The Lancet, p. 528, 31 août 1895*).

Une enfant de 5 ans était atteinte de coqueluche depuis un mois. Un matin, on la trouva dans un état de stupeur absolue, sans mouvement ; le pouls, la température, la respiration restant normaux. Le lendemain, les signes persistant, on diagnostiqua une rupture d'un vaisseau de la base dans la protubérance ou à son voisinage. On trépane sur le pariétal : la dure-mère bombe, et après son incision, le cerveau fait hernie. Une sonde de gomme élastique fut introduite entre la dure-mère et le cerveau, vers la tente du cervelet ; 100 grammes environ de liquide cérébro-spinal sanguinolent furent évacués lentement par la sonde qu'on laissa en place ; après une légère amélioration momentanée, la malade succomba au bout de 10 heures. Pas d'autopsie. MAUBRAC.

The morbid anatomy of a case of infantile paralysis, par E. TREVELYAN (*Brain, LXX et LXXI, p. 248, 1895*).

Relation très complète d'un cas de paralysie infantile avec examen de la moelle. Il ressort de l'étude histologique de la région lombaire, qu'à

côté des cellules des cornes antérieuses détruites, on voyait de jeunes amas de cellules ganglionnaires récentes, qui expliquaient le retour partiel du mouvement dans les membres inférieurs. L'absence d'atrophie musculaire est difficilement explicable.

Au point de vue de la nature de la lésion de la paralysie infantile, Trevelyan se range à la théorie primitivement vasculaire de la lésion, les cellules spinales n'étant que secondairement altérées. Pour lui, comme pour Roger et Thoinot, le point de départ est l'infection de la moelle par les toxines, qui irritent les artérioles de la moelle et la névroglie. C'est l'idée soutenue jadis par Damaschino contre Charcot. H. R.

Ein Fall von acuter Leukämie, par SEELIG (*Deutsche Arch. für klin. Med., LIV, p. 537*).

Enfant de 11 ans; le stade prodromique paraît n'avoir duré que cinq semaines, le début du stade leucémique avec altérations nettes du sang se fit entre le 14 et le 30 octobre; le 2 novembre, il mourait. En somme, la marche fut extrêmement rapide. Le tableau clinique était complet: lésions des gencives, de la peau, du cœur, du rein, du tube intestinal; dans le sang, présence de myélocytes et, vers la fin, de globules rouges à noyaux. C. LUZET.

Deux cas de laparotomie au cours de péritonite aiguë suppurée chez de jeunes enfants, par MIRABELLA (*Riforma med., 2er juillet 1895*).

M. rapporte 2 cas de péritonite suppurée chez des enfants de 2 ans et demi et 3 ans, survenue sans cause connue. La laparotomie fut pratiquée, après essai infructueux des moyens médicaux, l'incision abdominale large, avec lavage de la cavité péritonéale à l'eau bouillie et suture consécutive. Guérison, pour le 1er cas, en 10 jours sans complications; pour le 2e, en 1 mois, avec une complication d'abcès ayant nécessité une contre-ouverture H. R.

Un cas d'érythromélalgie ou névrose congestive des extrémités, par GLORIEUX (*La Policlin. Bruxelles, 1er décembre 1895*).

Fillette de 10 ans, issue de névropathes et névropathes elle-même. Depuis 3 semaines crises, brusques et intermittentes de douleurs occupant les extrémités. La main droite est la première atteinte; la douleur, au début, ne dépasse pas d'abord la deuxième phalange des doigts, puis, peu à peu, elle s'étend jusqu'au poignet. Les doigts sont rouges, tendus, luisants, raides; les ongles cyanosés; les veines gonflées. La douleur, qui arrache des cris à la malade, ne persiste que quelques minutes et quand elle abandonne la main droite, elle commence dans les doigts de la main gauche en présentant les mêmes phases.

Des extrémités supérieures elle se porte ensuite au pied droit, puis au pied gauche, dont la rougeur et le gonflement ne s'étendent pas au delà des chevilles. Au bout d'une dizaine de minutes tout rentre dans l'ordre normal après une durée, pour la crise totale, d'une demi-heure environ. Ces crises se répètent deux fois par jour, quelquefois trois et jamais la nuit.

Depuis le début de ces accidents, l'enfant est agitée, irritable et d'un caractère plus difficile. OZENNE.

Ueber Trichocephaliasis, par MOOSBRUGGER (*Münch. med. Woch.*, *n° 47*, *p. 1097*, *1895*).

L'auteur rapporte les observations de trois enfants atteints de trichocéphaliase. Deux sur trois étaient atteints de géophagie, et mangeaient de la terre à pleine mains. L'auteur croit avoir retrouvé dans cette terre les œufs et même des individus jeunes de trichocephalus. C. LUZET.

Observation d'une lésion parasitaire non décrite de la langue chez le nouveau-né, par PORAK (*Journ. méd. Paris*, *5 janvier 1896*).

Enfant du sexe féminin, née à terme, mais petite, pesant 1,875 grammes, n'ayant que 46 centimètres de long. Mise en couveuse, l'enfant se développe bien. Le 4e jour, on trouve sur la langue, à la face dorsale, une série de plaques blanchâtres, festonnées, très adhérentes à la langue, à bords surélevés, ne ressemblant pas du tout au muguet. Le raclage de ces plaques les fit disparaître d'une façon définitive. L'examen et les cultures montrèrent une végétation cryptogamique luxuriante, mais n'ayant pas les caractères du muguet ; c'est une espèce rare de levure qu'il faudra déterminer. A. CARTAZ.

Ein Fall von Œsophagotomie bei einem einjährigen Kinde, par SCHRAMM (*Wiener med. Woch.*, *7 décembre 1895*).

Un enfant de un an ayant avalé un bouton en verre qui était resté fixé au-dessous du cartilage cricoïde, toutes les tentatives pour extraire le corps étranger de l'œsophage par les méthodes habituelles étant restées vaines, on se décida au bout de trois jours à pratiquer l'œsophogotomie avec plein succès et réunion par première intention. S. termine son article par un tableau de 12 cas d'œsophogotomie chez des enfants. CART.

Hypertrophie de la rate chez une enfant de 11 ans. Splénectomie. Mort le 8e jour, par CHARON (*Ann. Soc. belge chir.*, *15 novembre 1895*).

Fillette de 11 ans. Ascite considérable et tumeur dure, s'étendant des dernières fausses côtes gauches jusqu'au niveau de l'arcade crurale. Lacis veineux très dilaté de toute la surface cutanée du ventre. Une laparotomie exploratrice antérieure avait fait reconnaître une hypertrophie de la rate, que l'opération n'a pas arrêtée dans son développement.

La splénectomie est pratiquée ; la rate pesait 2 kilogrammes. Mort le huitième jour ; à l'autopsie, on a constaté des lésions de péritonite, de la cirrhose atrophique du foie, de la congestion et de l'œdème des poumons. OZENNE.

De la reconstitution de la partie pénienne du canal de l'urètre à l'aide d'un lambeau abdomino-fémoral, par O. LAURENT (*Bull. Acad. de méd. de Belgique*, *n° 6*, *p. 685*, *1895*).

Un enfant de 9 ans et demi était atteint d'un hypospadias mesurant 3 centimètres à partir de l'extrémité antérieure du gland. Plusieurs tentatives de reconstitution du canal par les méthodes classiques ayant échoué, L. fit à la face antéro-interne de la cuisse gauche et sur la partie inférieure de l'abdomen deux incisions longues de 6 centimètres, légèrement obliques en bas et en dehors, parallèles à 3 centimètres, et il disséqua ce lambeau en le laissant

adhérent par ses deux extrémités, à la façon d'un pont. La verge fut avivée à sa face inférieure ; les bords du canal furent suturés par des sutures para-urétrales n'intéressant pas la muqueuse. Enfin, la verge fut introduite sous le pont cutané, la face inférieure en avant, le gland dépassant en dehors, et des sutures unirent sa partie cruentée à la face profonde du lambeau. Pansement avec une épaisse couche de vaseline ; sonde à demeure. Au bout de 12 et 14 jours, les pédicules furent sectionnés. Il reste à faire une excision de la partie surabondante de la greffe pour terminer le modelage. LEFLAIVE.

A case of spina bifida cured by excision, par MORGAN et R. BALDWIN (*Brit. med. Journ., p. 196, 27 juillet 1895*).

Enfant de 2 mois, porteur d'un spina bifida lombaire, volumineux et translucide, sans paralysie des jambes ni incontinence fécale. Ponction le 1er juin avec un trocart à hydrocèle; reproduction du liquide dès le lendemain. Six jours plus tard, résection du sac, lequel est formé de la peau et des membranes spinales sans tissu nerveux : on constate une large communication avec le canal vertébral. Le sac est suturé avec des fils d'argent et pansé à l'iodoforme. Guérison complète le 13 juin. H. R.

Tumeur sacro-coccygienne congénitale avec vésicule oculaire rudimentaire, par VAN DUYSE et DE BERSAQUES (*Ann. Soc. belge chir., 15 octobre 1895*).

Observation d'un enfant de 15 jours chez lequel on a pratiqué l'ablation d'une tumeur sacro-coccygienne. L'examen histologique de cette tumeur, révélant la présence d'une vésicule oculaire rudimentaire, vient à l'appui de la théorie de la diplogénèse comme origine des tumeurs complexes du siège. Ce serait, pour les auteurs, la véritable interprétation à accepter dans la grande majorité des tumeurs sacro-coccygiennes congénitales. OZENNE.

Volumineux kyste dermoïde de l'ovaire chez un enfant de 7 ans, par DANDOIS (*Annales Soc. belge chir., 15 novembre 1895*).

Enfant de 7 ans, portant une volumineuse tumeur de l'abdomen, dont le début remontait à 2 ans; elle s'était principalement développée dans la partie supérieure de l'abdomen.

Laparotomie; le péritoine était criblé de granulations tuberculeuses (?) ablation de la tumeur. Cette tumeur, pesant 7 kilogrammes, était formée par la combinaison de kystes dermoïdes avec des kystes prolifères. Guérison.

OZENNE.

Pseudo-pénis ombilical, par LANNELONGUE (*Congrès gyn. de Bordeaux, et Bull. méd., 22 septembre 1895*).

Enfant de trois mois chez lequel on constate que l'urine sort à la fois par un appendice ombilical et par la vraie verge, double miction qui ne s'était produite qu'à la suite de la chute du cordon ombilical. Il existait une hernie ombilicale, coincidant avec la persistance de l'ouraque. C'est ce que l'autopsie après mort par broncho-pneumonie, a confirmé en montrant que la vessie injectée se continuait en haut par un canal long comme l'index, qui était l'ouraque. Ce canal remontait jusqu'à l'ombilic et s'engageait dans l'appendice ombilical, où il s'ouvrait par un méat oblique. OZENNE.

Traitement chirurgical d'un torticolis congénital, par GLUCK (*Berlin. klin. Woch., p. 747, 26 août 1895*).

Enfant de 4 mois et demi ayant un torticolis congénital du côté gauche ; sur le sterno-cléido mastoïdien, on sentait une tuméfaction fusiforme, extrêmement dense, qui s'opposait à toute tentative de redressement. Gluck diagnostiqua une dystrophie musculaire fibreuse, d'origine intra-utérine, ainsi que l'ont décrite Köster (*R. S. M.*, XLVI, 597) et Petersen, pour distinguer ce genre de torticolis congénital d'avec celui produit par un hématome du sterno-mastoïdien, dans les présentations du siège surtout.

L'opération confirma le diagnostic. La totalité du sterno-mastoïdien fut extirpée, suivant le procédé de Mikulicz (*R. S. M.*, XLV, 636), avec tous les cordons cicatriciels ; la vaste plaie, au fond de laquelle étaient à nu les vaisseaux sanguins, fut suturée et se réunit par première intention. Le pansement enlevé, la tête était parfaitement droite, sans qu'il fût besoin d'un traitement secondaire orthopédique. Sur la pièce, on reconnaît la disparition presque entière de la substance contractile du muscle. J. B.

Excision of the temporo-maxillary articulation in children, par Arbuthnot LANE (*The Lancet, p. 984, 19 octobre 1895*).

A. Lane a opéré 5 cas d'ankylose complète chez des enfants âgés de 4, 9, 10 et 12 ans, et les résultats obtenus ont été très satisfaisants, une nouvelle articulation s'étant développée très vite. Lane a éprouvé de grandes difficultés à retrancher une étendue suffisante du tissu osseux, en raison du raccourcissement en hauteur de la branche verticale, dû à un arrêt plus ou moins complet du développement de la tête et du col de l'articulation, la partie supérieure et postérieure de la branche verticale étant devenue, dans les cas anciens, très large et très épaisse et s'unissant sur une étendue considérable, avec le temporal. La cause ordinaire des échecs dans les opérations de cette nature résulte de l'insuffisance du fragment osseux enlevé. MAUBRAC.

Beitrag zur Behandlung der chirurgischen Tuberculose in Kindesalter mit Iodoforminjections (Du traitement de la tuberculose chirurgicale infantile par les injections iodoformées), par WIELAND (*Deutsche Zeitschr. f. Chir., XLI, 4-5, p. 378-410, 1895*).

Depuis environ dix ans, le traitement par les injections de glycérine ou d'huile d'olive iodoformées à 10 0/0 a été appliqué, à la clinique des Enfants malades de Bâle, pour la plupart des cas de tuberculose chirurgicale. Ce traitement a donné des résultats satisfaisants, surtout quand on a eu soin de le combiner avec l'emploi des moyens chirurgicaux ou orthopédiques, sans toutefois négliger les conditions d'hygiène et la thérapeutique médicale. On peut, presque toujours, éviter les opérations radicales ; les cas les plus rebelles sont ceux dans lesquels l'arthrite tuberculeuse s'accompagne d'abcès périarticulaires. Ce mode de traitement présente quelques inconvénients. 1° la longue durée ; 2° le danger d'intoxication par l'iodoforme. Il importe donc d'user d'une grande prudence et d'examiner l'urine après chaque injection. M. B.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

Dermatoses inflammatoires, par JACQUET et BODIN (*1 vol., Paris, 1895*).

Ce volume est le quatrième de l'intéressante collection que publient Brocq et Jacquet sur les maladies de la peau. Il contient l'étude des dermatoses inflammatoires.

Les plus importants chapitres sont l'eczéma dans la description duquel nous signalerons les pages consacrées à l'eczéma séborréïque; le pemphigus avec ses diverses variétés et les diverses maladies décrites sous ce nom, telles que le pemphigus épidémique des nouveau-nés, et le pemphigus successif à kystes épidémiques ; le psoriasis ; les pityriasis ; les acnés et les érythèmes.

Nous appellerons particulièrement l'attention sur ces derniers chapitres qui donnent avec une grande précision l'état actuel de la science sur les acnés et les érythèmes. F. BALZER.

Considérations sur l'étilogie générale des dermatoses, par THOMESCO (*Thèse de Paris, 1895*).

Dans sa classification l'auteur distingue : 1° des dermatoses de causes externes, traumatique et parasitaire ; 2° de toxicodermatoses, alimentaires, médicamenteuses, intoxications par les poisons résultant d'imperfection des échanges nutritifs ; intoxication par poisons résultant de lésions d'organes quelconques et agissant sur la peau par voie réflexe et par intoxication progressive de l'organisme ; 3° trophodermatoses ; 4° dermatoneuroses ; 5° difformités cutanées. F. BALZER.

Un cas de dermatite exfoliatrice généralisée compliquée d'une sarcomatose cutanée multiple ; guérison, par KREFTING (*Annales de derm., n° 12, 1895*).

Femme de 68 ans, entrée trois fois en deux ans à l'hôpital pour une dermatite exfoliatrice généralisée (maladie de Wilson-Brocq).

Dès le premier séjour de la malade à l'hôpital la sarcomatose fit son apparition avec tumeurs vasculaires pouvant atteindre la grosseur d'un pois et occupant le tronc et les extrémités.

La malade fort affaiblie, semblait devoir succomber elle se rétablit cependant et toutes les tumeurs sarcomateuses disparurent en ne laissant plus après elle que des taches pigmentaires. Elles ne reparurent plus. Pendant les autres séjours de la malade à l'hôpital, on n'eut à observer que la dermatite exfoliatrice. Le fait le plus remarquable est la poussée des tumeurs sarcomateuses survenues pendant la première poussée de dermatite, et leur disparition en trois semaines, au moment où la malade était très débilitée, presque dans le collapsus. Ces sarcomes étaient constitués par des

cellules fusiformes et contenaient beaucoup de vaisseaux très dilatés. L'auteur croit que les sarcomes angiomateux de ce genre guérissent plus facilement que les autres et fait observer que les faits de guérison notés jusqu'à ce jour se rapportaient à cette variété. F. BALZER.

Ueber Erythema striatum, par LASSAR (*Berlin. klin. Woch., n° 30, p. 664, 29 juillet 1895*).

Chez deux malades, Lassar a vu les mains atteintes de stries érythémateuses suivies de croutes ; l'affection apparaissait brusquement, revenant à intervalles d'un mois; on pouvait suivre distinctement le trajet des lymphatiques envahis. Ensuite l'affection est revenue sous forme d'un érythème exsudatif.

Chez une fillette, il a observé la même localisation avec les mêmes récidives périodiques; puis quelque temps après, le retour se fit sous forme d'érythème bulleux, mais toujours la disposition en stries était l'essentiel.

Chez une femme qu'il avait longtemps traitée pour un pemphigus, il a noté une éruption analogue sur le dos de la main garnie de bulles, cette fois-ci il s'agissait d'une érythème par intoxication alimentaire.

Lassar insiste sur ce que tous les érythèmes striés ont suivi certaines voies lymphatiques, toujours les mêmes dans les différentes récidives.

J. B.

Étude clinique sur une forme de kératodermie unilatérale des extrémités, par YAZEDJIAN (*Thèse de Paris, 1896*).

Cette forme de kératodermie est souvent d'origine syphilitique : unilatéralité, longue durée, absence de phénomènes douloureux, œdème du membre due peut-être à de la phlébite syphilitique, tels sont ses principaux caractères. C'est une lésion tardive et bénigne, survenant surtout chez d'anciens syphilitiques atteints peu gravement au début.

Il faut rechercher avec soin pour le diagnostic toutes les traces de syphilis ancienne ; l'examen de la langue a notamment, une réelle importance. Cette affection s'amende très rapidement sous l'influence du traitement mixte. Les récidives sont fréquentes. La guérison peut être complète, sauf chez les individus qui présentent une prédisposition naturelle à la kératodermie. F. BALZER.

Noch einmal : Lichen ruber acuminatus und Lichen ruber planus, par KAPOSI (*Archiv f. Derm., XXXI, 1*).

Kaposi affirme une fois de plus dans ce travail l'identité du lichen planus et du lichen acuminatus qui peuvent coïncider sur le même malade. Il rapporte une observation d'une jeune fille atteinte d'un lichen acuminatus verruqueux et réticulé, dans lequel se trouvaient réunis l'état réticulé et la prolifération épidermique exagérée. Le lichen planus de Wilson n'est qu'une forme du lichen ruber de Hebra ; l'autre forme est le lichen acuminatus.

Le pityriasis rubra pilaris des dermatologues français et notamment de Besnier, n'est autre chose que le lichen ruber acuminatus. L'auteur n'admet pas que les deux caractères attribués au pityriasis rubra pilaris, savoir, la bénignité et la guérison simplement par le traitement local,

suffisent pour le séparer du lichen ruber. D'une part, les observations les plus nettes de pityriasis rubra-pilaire ne sont pas probantes à ce point de vue : chez certains malades l'affection a duré dix, quinze ans et même davantage. D'autre part, ni Hebra, ni l'auteur, n'ont prétendu que le lichen ruber acuminatus fût forcément malin; tous deux ont vu des cas de guérison. L'auteur en cite un nouveau cas guéri par l'arsenic. Mais il faut toujours se méfier des récidives. Il conclut en disant que le nom plus ancien de lichen ruber acuminatus doit être maintenu à l'exclusion du nom de pityriasis rubra pilaris. F. BALZER.

Étude histologique sur un cas de lichen scrofulosorum, par LEREDDE (*Annales de derm., n° 11, 1895*).

L'examen confirme celui de Sack et montre la présence des cellules géantes, des cellules épithélioïdes et le groupement semblable à celui des foyers tuberculeux; cependant on n'a pu trouver de bacilles et l'inoculation au cobaye a été négative. La question n'est donc pas définitivement tranchée. Quant au siège des éléments, il peut être périfolliculaire ou se trouver indépendant de tout follicule. F. BALZER.

Des éruptions d'origine palustre, par BROCQ (*Ann. de derm., n° 1, 1896*).

Femme âgée de 40 ans, arthritique et eczémateuse, présente une éruption eczématiforme circonscrite et persistante du nez, sur la partie latérale gauche. Cette éruption peut être considérée comme un eczéma nummulaire survenu chez une personne qui avait présenté déjà diverses formes larvées de l'impaludisme, névralgies, congestions pulmonaires.

Le fait remarquable, c'est que cette éruption eczématiforme céda rapidement au sulfate de quinine, se reproduisit de nouveau pour céder encore. Les accès se présentaient avec le type double tierce et les congestions se produisaient surtout le matin avec sensation de chaleur, tuméfaction et rougeur. La quinine et l'arsenic sont les médicaments à prescrire en pareil cas. F. BALZER.

De l'hydrocystome, par THIBIERGE (*Annales de derm., n° 11, 1895*).

L'hidrocystome est fréquent à la face, surtout autour des yeux, aux paupières. C'est une petite tumeur grisâtre ou violacée, contenant un liquide incolore et qui s'affaisse après la piqûre. Les hidrocystomes peuvent être très nombreux; ils atteignent leur maximum de développement en été, s'atténuent en hiver. Ce sont des kystes à parois épaisses doublées d'un revêtement assez développé de cellules épithéliales cubiques; ils paraissent se former surtout dans les conduits excréteurs des glandes sudoripares (Robinson, Darier). C'est une maladie de longue durée, qui survient après 30 ou 40 ans, et même 50 ans, plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Elle n'a aucune gravité. Le traitement le plus pratique semble être la cautérisation du kyste sudoripare avec la pointe fine du thermo-cautère. F. BALZER.

Sur trois cas nouveaux d'éléphantiasis congénital, par MONCORVO (*Ann. de derm. n° 11, 1895*).

L'auteur rapporte de nouvelles observations qui établissent que la condition pathogénique de l'éléphantiasis peut survenir avant la naissance,

et que l'éléphantiasis, dans ces circonstances, peut atteindre un développement avancé jusqu'à formation fibreuse. Dans le tiers des cas connus jusqu'ici, la production morbide reste circonscrite à une partie du corps, notamment au membre inférieur. Dans les autres cas le mal a affecté une forme molle et kystique, tantôt isolée, tantôt associée aux formations scléreuses ou même à de véritables fibromes sous-cutanés. Dans quelques cas on a pu constater la coïncidence de niavvasculaires pileux ou non, siégeant aux régions atteintes par la formation éléphantiasique.

L'auteur rapporte plusieurs observations nouvelles d'éléphantiasis dû à diverses causes, et notamment à l'intervention du streptocoque de l'érysipèle. Il faut séparer aussi de l'éléphantiasis la difformité congénitale décrite sous le nom d'éléphantiasis général kystique qui n'est autre chose qu'un état plus avancé et plus grave de l'hydropisie générale congénitale.

F. BALZER.

Pathogénie de quelques états éléphantiasiques, par FOLLET (*Thèse de Paris, 1895*).

L'éléphantiasis des Arabes est fréquemment le résultat de poussées d'érysipèle et de lymphangite qui déterminent peu à peu un état d'hypertrophie de la peau. Ces crises éléphantiasiques sont dues à la présence du streptocoque dans la peau. Chez certains sujets, à la streptococcie cutanée s'ajoutent les troubles de la circulation par les varices; chez d'autres, la streptococcie accompagne le lupus, l'eczéma, les lésions syphilitiques. Ces divers éléphantiasis, de causes différentes, constituent un genre spécial dans l'étiologie duquel intervient le streptocoque.

Dans un autre genre, l'étiologie de l'éléphantiasis dépend d'œdèmes dans lesquels on ne trouve plus les mêmes poussées inflammatoires. Ce sont des œdèmes avec lymphangiectasies, quelquefois lymphorrées, dus à des troubles de la circulation dans les gros troncs lymphatiques. Le streptocoque, la filaire sont jusqu'ici les agents morbides les mieux connus de ces altérations.

L'auteur décrit ensuite l'éléphantiasis d'origine veineuse, par thrombose, phlébite, etc.; l'éléphantiasis dû à des œdèmes d'origine névropathique: l'hystérie, le rhumatisme, certaines maladies du système nerveux central avec ou sans paralysies peuvent le provoquer; enfin, l'éléphantiasis congénital télangiectode, lymphangiectode, la macroglossie, l'éléphantiasis des paupières. F. BALZER.

Étude sur la nature et le traitement de la dyspepsie accompagnée d'acné, par MITOW (*Thèse de Paris, 1896*).

La dyspepsie, très fréquente chez les acnéiques, est presque toujours accompagnée de dilatation et de fermentation stomacales, avec variation de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique. Le pyrosis violent est fréquent chez les acnéiques, ainsi que la constipation. Le traitement de la dyspepsie améliore l'acné. L'auteur conseille le fluorure d'ammonium à faible dose, environ cinq centigrammes, après le repas. Ce médicament assure rapidement l'arrêt des fermentations stomacales sans entraver les actes gastriques. F. BALZER.

Contribution à l'étude de l'acné hypertrophique et de son traitement chirurgical, par SALVAGE (*Thèse de Paris, 1895*).

L'acné hypertrophique atteint surtout les gens qui dans leur jeunesse ont eu de fréquentes poussées d'acné indurée ou de couperose. Certains cas relèvent des habitudes alcooliques. Anatomiquement c'est une transformation fibreuse du derme et de l'hypoderme avec hyperplasie glandulaire et prolifération vasculaire plus ou moins développées. Il s'agit d'un processus inflammatoire à marche chronique qui peut être circonscrit ou diffus. Dans le cas de tumeurs isolées on peut avoir recours à l'ablation simple ; elle convient aussi pour l'hypertrophie diffuse, et elle doit être totale. La décortication du nez se fait au bistouri ; le thermo cautère donne lieu à des cicatrisations rétractiles. Les deux procédés peuvent cependant être associés et donnent de bons résultats. Les greffes cutanées sont inutiles ; le plus souvent la cicatrice, au bout d'un certain temps, se présente avec les caractères de la peau normale. F. BALZER.

Sur une nouvelle forme suppurative et pemphigoïde de tuberculose cutanée en placards à progression excentrique, par HALLOPEAU (*Annales de derm., n° 12, 1895, et n° 1, 1896*).

L'auteur rapporte une intéressante observation de cette forme de tuberculose cutanée recueillie sur un sujet âgé de 15 ans, atteint de tuberculose pulmonaire. Cette tuberculose pustuleuse des jeunes sujets, déjà observée par Gaucher, peut être le point de départ d'infiltrations profondes du derme, qui s'étendent de manière à former des placards indurés de plusieurs centimètres de diamètre, arrondis ou ovalaires, et bientôt confluents. Ces placards s'exulcèrent ; de nouvelles pustules se forment à leur périphérie et les exulcérations ont tendance à se cicatriser rapidement. Les lésions peuvent coïncider avec des infiltrations tuberculeuses nodulaires et avec des éléments de lichen scrofulosorum. Elles sont susceptibles de rétrocéder rapidement, en même temps que d'autres éléments se produisent avec d'autres points. F. BALZER.

Ueber das Verhaeltniss von Schuppenflechte zu Gelenkerkrankungen, par EGER (*Berlin. klin. Woch., n° 27, p. 586, 8 juillet 1895*).

Eger rapporte trois observations montrant, selon lui, les rapports du psoriasis avec le rhumatisme articulaire.

Le premier malade, un homme de 42 ans, fut pris de psoriasis dans le cours de sa première attaque de rhumatisme aigu, en 1880. Dès lors, le psoriasis est resté, tandis que les douleurs dans les jointures n'ont reparu qu'en 1894. Les préparations salicylées se sont montrées inefficaces contre le rhumatisme.

La deuxième malade, une femme de 34 ans, eut, à l'âge de 12 ans, un gonflement douloureux des genoux qui l'alita une quinzaine. Depuis, les articulations n'ont plus été reprises, mais, à l'âge de 22 ans, a débuté un psoriasis.

Enfin, le troisième malade est un médecin de 36 ans, ayant depuis

l'âge de 5 ans un psoriasis, surtout l'hiver; lui-même n'a jamais eu de rhumatisme, mais sa mère avait une arthrite déformante des mains.

J. B.

Sur la curabilité de la lèpre à propos d'un cas authentique de guérison. La lèpre à Madère, par GOLDSCHMIDT (*Bull. méd., 18 septembre 1895*).

G. donne l'observation d'une femme de Madère, de 36 ans, atteinte de léprome de la lèvre, de la paupière, du nez, du menton et de la jambe (bacilles de Hansen à l'examen). Sous l'influence de frictions énergiques et de pansements avec l'europhène (à 5 0/0 dans l'huile d'olives) les nodules ont disparu au bout de 4 ans.

G. donne quelques détails sur la lèpre à Madère, qui ne diffère en rien de celle qu'on observe dans les autres pays et qui ne diminue pas, faute de mesures prophylactiques énergiques.

A. CARTAZ.

Observations cliniques et expérimentales sur la toxicité de l'urine des lépreux, par THOREL (*Giornale ital. delle mal. vener., XXX, 4*).

L'auteur rapporte plusieurs observations intéressantes de lépreux dont il a examiné les urines.

Il a reconnu qu'il n'existe pas, au point de vue de la toxicité, de différence nette entre les lépreux et celle des sujets sains, ni entre les urines des lépreux eux-mêmes examinés à divers stades de la maladie. Les processus de suppuration, la manière de pratiquer les injections intra-veineuses, la résistance individuelle des animaux influencent notablement les résultats des expériences.

F. BALZER.

Lupus érythémateux, par Marcel SÉE (*Gazette des hôp., n° 119, 1895*).

L'auteur conclut dans cette intéressante revue, que l'anatomie pathologique n'a pas démontré jusqu'ici la nature tuberculeuse du lupus érythémateux. Le bacille de Koch n'a pas été constaté dans les coupes. Les essais d'inoculation ont été infructueux.

Il est pourtant remarquable de voir que le lupus coïncide fréquemment avec diverses localisations de la tuberculose viscérale ou autres. Pour certaines formes fugaces, on peut admettre l'intervention des toxines de la tuberculose (Brocq) ; pour les formes fixes, elles paraissent devoir être rattachées aux tuberculoses cutanées locales.

F. BALZER.

Mehrere Fälle von acuter Nephritis bei Ekzem, par C. BRUHNS (*Berlin. klin. Woch., n° 28, p. 606, 15 juillet 1895*).

Relation de 7 cas de néphrites aiguës survenues dans le cours d'eczémas chez 3 enfants, 2 hommes et 2 femmes; l'une des femmes a même eu des convulsions et une amaurose passagère, et l'un des enfants, de l'urémie convulsive; toutes ces néphrites ont guéri.

Chez les 3 premiers malades, l'apparition de la néphrite a précédé tout emploi de topiques pouvant irriter les reins. Bien que la quatrième ait été

pansée au diachylon de Hebra et que Pässler (*Münchener med. Woch.*, 1894 nº 5) ait publié un cas de néphrite saturnine consécutive à l'application de ce topique, l'absence de tout autre symptôme de saturnisme et le début de la néphrite 4 semaines seulement après celui du traitement, portent Bruhns à ne pas incriminer le plomb.

La cinquième malade, la fillette qui a eu de l'urémie, n'a été pansée que 3 jours avec la pommade au goudron de Wilkinson et les premiers symptômes rénaux ne se sont produits que 4 jours après la suppression de la pommade.

Quant au sixième malade, un homme de 24 ans, ayant de même que la précédente, un eczéma secondaire à la gale, il a été traité successivement par les frictions de styrax liquide et le baume du Pérou. Litten (*Charité-Annalen*, VII) et Vamossi (*Wiener med. Presse*, 1889) ont prétendu, il est vrai, que le baume du Pérou pouvait donner lieu à une néphrite, mais leur opinion a été réfutée par Bräutjam et Lovak (*Centralbl. f. klin. Med.*, 1890). D'autre part, Unna (*Arch. f. pathol. Anat. und Physiol.*, LXXIV) n'a jamais observé qu'une albuminurie toute passagère à la suite des frictions de styrax.

Les observations de néphrite eczémateuse publiées jusqu'ici sont très clairsemées. Salvioli (*Arch. per le sc. med. III*) a vu survenir au 43ᵉ jour d'un eczéma impétigineux généralisé, une néphrite aiguë qui s'est terminée par la mort 3 semaines plus tard; l'autopsie révéla une néphrite glomérulaire. A. Bluhm (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.* XLVII) a observé dans un eczéma impétigineux de la tête une néphrite aiguë qui guérit au bout d'une semaine. Liveing (*Lancet*, 1881) signale l'albuminurie dans l'eczéma chronique en même temps que la glycosurie. (*R. S. M.*, XXXVII, 568.) J. B.

Du traitement électrostatique de l'eczéma, par H. BORDIER (*Lyon méd.*, *2 février 1896*).

1º Le traitement électrostatique peut être appliqué dans toutes les formes eczémateuses; la forme humide est plus rapidement améliorée que la forme sèche;

2º Le traitement agit plus vite chez les enfants que chez les adultes;

3º Dans tous les cas traités, les placards eczémateux n'ont pas reparu, lorsque le traitement a été continué assez longtemps. A. C.

I. — Ueber einen Fall von Antipyrin-Idiosyncrasie, par RUGE (*Berlin. klin. Woch.*, *nº 32, p. 726, 19 août 1895*).

II. — Même sujet, par SENATOR (*Ibid., p. 727*).

III. — Idem, par G. LEWIN (*Ibidem*).

I. — Femme atteinte de rhumatisme articulaire aigu, à laquelle on administre de l'antipyrine, d'abord à la dose quotidienne de 3 grammes pendant 8 jours, puis à celles de 4 et de 5 grammes pendant 3 jours. On vit apparaître successivement du gonflement de la rate, de la fièvre rémittente, de la fréquence extrême (60) de la respiration, 108 pulsations, du gonflement de la face, une vive injection des muqueuses, du gargouillement iléo-cœcal et même quelques taches rosées suspectes, si bien que Ruge crut à une fièvre typhoïde. Après cessation de l'antipyrine et administration de calomel, dès le lendemain, il y avait une chute thermométrique de 3 degrés en 36 heures. Le jour même la température s'était élevée à son maximum et il s'était produit une éruption

à la face dorsale des avant-bras et des bras, ainsi que sur les fesses. Cette éruption était formée en partie de petites taches rouges légèrement saillantes, en partie de placards de l'étendue de la paume de la main, d'une rougeur uniforme; elle pâlit au bout de quatre jours, tandis que la tuméfaction splénique ne disparut qu'au bout d'une huitaine. Six jours plus tard, contre une recrudescence des douleurs articulaires, Ruge ayant fait reprendre à la malade un gramme d'antipyrine, une demi-heure après, la température s'élevait et l'après-midi on notait la reproduction exacte des phénomènes précédents : éruption, rougeur de la face et des muqueuses, gonflement de la rate. Enfin, un dernier essai de 1 gramme d'antipyrine fut suivi, au bout de 3 heures et quart, d'une fièvre de 39°,5 et de la pléiade des autres accidents. Jamais il n'y eut d'albuminurie.

II. — Jeune fille de 16 à 17 ans, atteinte de grippe; dans l'espace de 3 jours, Senator lui prescrit 5 grammes d'antipyrine. La fièvre, après avoir diminué, atteignit 40°, niveau auquel elle ne s'était pas encore élevée; puis, au milieu d'une grande agitation, survinrent un sentiment de brûlure sur les muqueuses conjonctivales, labiales, linguale et pharyngienne, et une éruption cutanée, d'abord maculeuse comme c'est l'ordinaire dans l'antipyrine, puis à la fois ortiée et bulleuse, occupant les jambes et les bras; en même temps, l'affection s'étendait aux muqueuses bucale, nasale et pharyngée, sous forme, en partie, de vésicules, en partie d'enduits diphtériformes, avec tuméfaction considérable des lèvres et de la langue. La fièvre restait intense et la malade ne reposait ni jour ni nuit; elle n'avait cependant ni tuméfaction de la rate, ni albuminurie. Cet état, si pénible, dura 2 ou 3 semaines, et l'éruption cutanée fut suivie d'une desquamation profuse. L'affection des muqueuses guérit lentement et la convalescence fut longue.

III. — Chez une actrice qui avait pris de l'antipyrine pour combattre une migraine, Lewin a observé des convulsions et du délire; dans un autre cas, il a vu de la dyspnée et des accès de suffocation. J. B.

Des éruptions médicamenteuses d'origine interne, par OUNDJIAN (*Thèse de Paris, 1896*).

Tous les médicaments peuvent produire des éruptions et il en est de même des sérums, des antitoxines, des vaccins. Ce n'est pas, suivant l'auteur, le médicament qui fait l'éruption, c'est le malade, le même médicament produisant des éruptions différentes, et plusieurs médicaments pouvant donner lieu à la même éruption.

Il y a deux types d'éruption médicamenteuse, érythémateuse et bulleuse, à côté desquelles se placent des éruptions polymorphes. La pathogénie est liée à : 1° l'altération irritative dynamique ou matérielle du tube gastro-intestinal ; 2° l'irritation directe toxique ou réflexe vaso-motrice du système nerveux ; 3° l'état du système glandulaire d'excrétion.

Ce sont des dermato-neuroses toxiques. F. BALZER.

Die Entfernung von Tätowirungen durch die Elektrolyse und Untersuchungen über die Wirkungen des elektrolytischen Stromes auf das Gewebe, par HELLER (*Berlin. klin. Woch., n° 33, p. 729, 19 aout 1895*).

Heller présente un jeune homme qui s'était fait tatouer, il y a quelques années, une ancre sur la main droite; à l'aide de courants de 2 à 3 milliampères, le pigment du tatouage a pu être enlevé. En étudiant les effets de l'électrolyse sur la peau, Heller a reconnu que l'hydrogène

dégagé au pôle négatif déchire les tissus en les faisant exploser ; toute la peau est infiltrée de bulles gazeuses ; dans les lacunes ainsi produites, s'insinuent des parcelles des fibres déchirées. En même temps, le courant provoque, à distance des parties atteintes par l'aiguille, une modification chimique qui se traduit à la fois par la coloration défectueuse des noyaux et par une teinte brune spéciale des tissus. J. B.

La syphilis en Algérie, par REY (*Broch. Alger, 1895*).

La syphilis est fréquente en Algérie, surtout chez les Kabyles ; chez les militaires, elle dépasse le maximum des autres corps d'armée. Du reste la blennorragie, excessivement fréquente, a atteint la proportion de 82,9 0/00 dans la division d'Alger, soit 6,42 blennorragiens pour un syphilitique. Les affections cutanées syphilitiques ne sont pas communes en Algérie et guérissent très bien. Les accidents tertiaires sont fréquents, surtout les gommes ostéo-périastiques des os du nez et de la voûte palatine.

L'auteur dit que l'emploi aseptique du vaccin de génisse a enlevé, en Algérie, à la vérole, un vaste champ de développement. Le système nerveux est rarement atteint chez les indigènes. La surveillance de la prostitution, malheureusement mal pratiquée, donne les plus médiocres résultats. Les injections interstitielles de calomel, d'oxyde jaune donnent de meilleurs résultats que les autres procédés de mercurisation. Les nombreuses sources thermales algériennes ne sont pas encore utilisées dans le traitement de la syphilis. F. BALZER.

Un cas de syphilis cérébrale précoce, par ROGET (*Loire méd., 15 décembre 1895*).

Homme de 42 ans. En juillet 1895 chancre induré ; plaques muqueuses consécutives. Cinq mois après l'apparition du chancre, attaque d'hémiplégie gauche portant sur les membres et sur la face, mortelle en quelques heures. L'autopsie montre, outre de l'artérite des sylviennes, un ramollissement très accusé du lobe occipital et des 2/3 inférieurs du lobe temporal du côté droit. OZENNE.

De l'influence étiologique de l'hérédosyphilis sur la sclérose en plaques, chez les enfants, par MONCORVO (*Revue mens. des mal. de l'enf., septembre 1895*).

En 1883, Moncorvo, tout en admettant l'influence étiologique des maladies générales infectieuses sur la production des lésions de l'axe cérébro-spinal, avait relevé le rôle que joue l'hérédosyphilis sur le processus originaire de la sclérose, notamment de la sclérose en plaques. Trois observations détaillées de cas de cette nature observés chez de jeunes sujets et sensiblement amendés par le traitement iodo-hydrargyrique sont venus justifier la doctrine qu'il avançait. Plus tard, en 1887, un fait des plus classiques de sclérose en plaques chez une fillette de 3 ans, dont les symptômes du mal disparurent au bout de plusieurs mois d'un traitement spécifique, donna gain de cause à la pathogénie en question.

Dans ce nouveau travail l'auteur revient sur ce sujet à propos de trois autres cas de sclérose en plaques observés chez des enfants, de 5, 9 et 11 ans, ce dernier étant frère du précédent. Chez tous on a eu à constater

à côté des signes classiques de sclérose en plaques les stigmates les mieux avérés de la syphilis congénitale liés aux antécédents fort clairs du côté des parents. Chez le premier de ces jeunes sujets, le succès du traitement iodo-hydrargyrique a mis hors de toute contestation la nature de la lésion. A. C.

De la sensibilité subjective dans la paraplégie spinale syphilitique, par BOURDAIS (*Thèse de Paris, 1895*).

Les troubles de la sensibilité objective et subjective dans le cours de la paraplégie spinale syphilitique appartiennent surtout à la période prémonitoire; ils peuvent persister pendant toute l'évolution de la maladie. Ordinairement ils vont s'atténuant à mesure que la maladie progresse; exceptionnellement, ils peuvent apparaître tardivement et augmenter sans cesse d'intensité. Ces troubles sensitifs, revêtant des aspects variés permettent de différencier plusieurs variétés cliniques (syndrome de Brown-Séquard, forme de pseudo-tabes). En dehors des faits rares de complication (tabes, névrites périphériques, hystérie concomitante), ces troubles relèvent d'une altération primitive ou secondaire des racines rachidiennes postérieures. F. BALZER.

Des névrites syphilitiques et en particulier de la névrite cubitale de la période secondaire, par CHAMPENIER (*Thèse de Paris, 1895*).

L'auteur rapporte trois observations intéressantes de névrites survenues en pleine période secondaire chez des syphilitiques qui n'avaient présenté ni exostose, ni périostite pouvant faire penser à la compression.

Il peut y avoir ainsi une polynévrite syphilitique dès les premiers mois de l'infection, ou bien mononévrite atteignant, par exemple, le cubital le sciatique. Ces névrites s'amendent rapidement par le traitement spécifique; l'atrophie musculaire qu'elles avaient provoquée cesse de s'accroître et les forces reviennent rapidement. La sensibilité reste obtuse pendant un certain temps. F. BALZER.

Polynévrites dans l'intoxication hydrargyrique aiguë et subaiguë, par SPILLMANN et ÉTIENNE (*Revue de méd., 10 décembre 1895, et Ann. de derm., VI, 11*).

Ce mémoire est basé sur trois observations personnelles. Les auteurs ont profité de celles-ci pour opposer la marche des polynévrites mercurielles aiguës à celle des névrites mercurielles chroniques. Le tableau différentiel qu'ils donnent est le suivant.

Polynévrites aiguës.	*Névrites chroniques.*
Généralisées.	Partielles, circonscrites ou dissociées.
Atrophie musculaire très prononcée, souvent presque totale.	Absence d'amyotrophie.
Pas de R. D.	Persistance de la contractilité galvanique et faradique.
Diminution des réflexes tendineux.	Conservation des réflexes tendineux.
Coexistence des troubles sensitifs et moteurs.	Coexistence des troubles sensitifs et moteurs.

De ces observations on doit tirer également une conséquence pratique : c'est que le système nerveux de certains individus, en raison de l'hérédité, du surmenage et de l'idiosyncrasie, est exceptionnellement sensible à l'action du mercure ; on devra donc toujours, au début du traitement, envisager la possibilité d'accidents toxiques et étudier la tolérance du malade pour les préparations hydrargyriques. C. GIRAUDEAU.

A case of unilateral complete ophthalmoplegia, par Fr. TREVILIAN (*Brain, LXX et LXXI, p. 313, 1895*).

Syphilitique âgé de 43 ans, porteur d'une ostéite gommeuse du temporal et d'une gomme du pied. Le 3 avril, il se plaint de malaise général et d'une sorte d'état grippal, au cours duquel se développe du strabisme convergent de l'œil droit, avec paralysie complète du droit externe ; puis survient une douleur fixe dans la région temporale droite, avec vomissements ; en peu de jours, tous les muscles de l'œil droit se paralysent intégralement, ainsi que ceux de la paupière, la pupille est contractée, le fond de l'œil presque normal. La guérison de cette ophtalmoplégie survint graduellement au bout de six mois, par l'iodure de potassium.

Le diagnostic de l'auteur a été : gomme située en arrière de l'orbite, au voisinage de la scissure sphénoïdale, et englobant les nerfs de l'œil à leur entrée dans l'orbite. H. R.

La splénomégalie pendant la période secondaire de la syphilis. par SOUKERNIT (*Thèse de Paris, 1895*).

Très fréquente à la période secondaire de la syphilis, la splénomégalie est souvent douloureuse ; elle peut servir à confirmer le diagnostic. C'est également un symptôme précoce de la syphilis héréditaire. Sur 61 malades, l'auteur a trouvé la splénomégalie 37 fois. F. BALZER.

Ueber Makrocheilie bedingt durch syphilitische..... (De l'hyperplasie des lèvres d'origine syphilitique), par P. THIMM (*Deutsche med. Woch., n° 24, p. 389, 1895*).

L'hyperplasie des lèvres est une affection très rare. L'auteur n'en a pu trouver que 7 observations : 5 sont dues à Volkmann, 1 à Fraenkel et 1 à Wright. Dans la plupart des cas, la maladie occupait la lèvre inférieure et l'augmentation de volume s'accompagnait d'une inflammation purulente des glandes labiales. Thimm a eu l'occasion d'observer un cas dans lequel l'origine syphilitique était attestée par les antécédents et fut confirmée par l'influence rapide de l'iodure de potassium ; les deux lèvres étaient également tuméfiées, d'un rouge livide et les glandes n'étaient pas enflammées. La tuméfaction s'étendait en haut jusqu'à la narine droite ; la muqueuse de la bouche et de la gorge n'était pas enflammée.

H. DE BRINON.

Sur les dermatoses syphilitiques, par MANTEGAZZA (*Giorn. ital. delle mal. vener., XXX, 3 et 4*).

Les premières éruptions érythémateuses de la syphilis sont très peu accentuées, mais se prononcent de plus en plus, à mesure qu'elles se

rapprochent de la papule. Dans celle-ci existent, plus ou moins prédominantes, deux altérations, l'infiltration cellulaire et l'hyperplasie conjonctive.

Les cellules géantes ne sont pas constantes et appartiennent surtout à la période de résolution de la papule. Les papules lichénoïdes deviennent souvent humides et vésiculeuses. L'acné syphilitique occupe un siège plus profond que les vésicules qui surmontent les papules lichénoïdes. Elles contiennent vraiment du pus dans lequel on trouve ordinairement des microbes pyogènes. La fréquence des cellules géantes au moment de la résolution des éléments éruptifs semble indiquer une sorte de produit cellulaire secondaire qui se forme au moment de la transformation des cellules infiltrées qui s'accomplit pendant la résolution. F. BALZER.

A discussion on congenital syphilitic manifestation in bones and joints (*Brit. med. Ass., 63e congrès ; Brit. med. Journ., p. 697, 21 septembre 1895*).

John Morgan reprend la question de la syphilis osseuse congénitale et arrive aux conclusions suivantes :

Pour les os longs, l'ostéite affecte tantôt la forme hypertrophique, tantôt l'aspect normal ; mais ces dernières lésions, qui sont communes au rachitisme et à la syphilis, n'appartiennent pas nécessairement à cette dernière, comme l'enseignait Parrot.

Au contraire, les altérations des os du crâne sont très caractéristiques. Le craniotabes est presque toujours d'origine syphilitique, au moins dans la moitié des cas, et il ne coïncide pas nécessairement avec les lésions rachitiques des membres. Comme Carpenter (*St-Thomas's hosp. Rep.*, XIX), l'auteur admet la syphilis héréditaire dans presque tous les cas de craniotabes, ainsi que dans les hypertrophies osseuses avec ostéophytes.

Fred. Eve reconnaît l'association fréquente du rachitisme et de la syphilis chez les enfants, mais regarde le rachitisme comme une maladie distincte produite presque toujours par la mauvaise assimilation des aliments et par le catarrhe intestinal. La syphilis n'agit que comme cause prédisposante au rachitisme.

D'Arcy Power insiste sur la fréquence du rachitisme dans l'Ouest de l'Irlande, où la syphilis est pratiquement inconnue, mais où la nourriture des enfants est très défectueuse.

Betham Robinson insiste sur les arthropathies syphilitiques des enfants : presque toujours, elles sont symétriques, s'accompagnent d'épanchements du genou et sont associées à de la kératite interstitielle. Le diagnostic différentiel avec les arthropathies tuberculeuses est fort difficile.

Pour *Thomas Barlow*, la syphilis agit certainement comme cause fréquente des bosses crâniennes, mais celles-ci se voient aussi chez de vrais rachitiques et en l'absence de toute syphilis. Le craniotabes n'est pas une lésion exclusivement propre à la syphilis congénitale.

Stansfield Collier signale la coexistence de la kératite interstitielle avec des épanchements articulaires qui ne paraissent pas liés nécessairement à des lésions osseuses et qui guérissent sous l'influence du mercure et de l'iodure de potassium. H. R.

Ulcère vénérien serpigineux, par FIOCCO (*Giorn. ital. delle mal vener., XXX, 4*).

L'auteur étudie le phagédénisme de l'ulcère vénérien à propos d'un cas survenu chez un homme de 23 ans, auquel un ulcère étendu avait détruit en grande partie la peau des organes génitaux de l'abdomen et de la fesse. L'auteur distingue une forme de phagédénisme dans laquelle intervient la gangrène et une forme due à l'exagération du processus de l'ulcère vénérien. Les principaux caractères histologiques de cette dernière forme sont l'infiltration des vaisseaux et de leur périphérie, et une variété d'acanthose dans l'épiderme au début. Plus tard, l'épiderme se vacuolise, les papilles sont infiltrées et il y a nécrose des tissus par coagulation. L'infiltration est constituée par les cellules plasmatiques de Unna. Le tissu qui résiste le mieux est le tissu élastique et aussi les glandes sudoripares qui persistent dans les couches profondes. Dans le tissu nécrosé on trouve beaucoup de microbes pyogènes profondément se trouvent des diplocoques capables de produire la septicémie chez les souris blanches, mais s'atténuant rapidement. Aux limites de l'ulcération abondent les bacilles de Ducrey. Ce sont ces bacilles que l'on retrouve aussi dans les ulcères obtenus expérimentalement avec les microbes pyogènes. L'ulcère serpigineux n'est donc pas autre chose qu'un ulcère vénérien. Il ressort encore de ce travail qu'on exagère peut-être l'importance de l'état général dans la pathogénie du phagédénisme de l'ulcère vénérien. Ce phagédénisme semble lié à des associations de microbes qui se joignent au bacille de Ducrey, notamment le diplocoque de Unna.

La chaleur est un des meilleurs moyens de traitement du phagédénisme : il faut la faire agir surtout à la périphérie de l'ulcère, là où se multiplient les bacilles. F. BALZER.

Traitement de la syphilis, par MAURIAC (*in-8°, 800 p., Paris, 1895*).

Ce traité magistral est divisé en trois livres. Le premier est consacré à la thérapeutique générale de la syphilis. L'auteur débute par des considérations générales sur les effets curatifs et préventifs du mercure et de l'iodure de potassium, sur l'expectation, l'abstentionnisme, le pronostic de la syphilis et l'influence du traitement précoce sur l'avenir de la syphilis. Toutes les syphilis doivent être traitées, celles qui paraissent d'abord les plus bénignes comme les autres, car elles pourront plus tard devenir les plus graves. Le traitement par le mercure, la biochimie du mercure dans l'organisme, ses effets toxiques, etc., sont étudiés minutieusement. L'auteur n'attache pas une importance exagérée au mode d'administration du mercure ; pour lui tout est dans les doses et dans la rapidité avec laquelle le traitement est conduit. Sans nier formellement la possibilité de la guérison de la syphilis, l'auteur déclare n'avoir jamais observé un cas probant de réinfection syphilitique, seule preuve admissible de la guérison complète.

Les divers modes d'administration du mercure, avec leurs indications et contre indications sont passés en revue. L'auteur fixe également les indications de la médication thermale, auxquelles les eaux minérales françaises peuvent si largement satisfaire.

Pour Mauriac, le traitement mercuriel hypodermique constitue une méthode d'exception, et il place résolument le traitement par ingestion en tête des méthodes d'hydrargyrisation. Il admet aussi que la dose de mercure nécessaire pour le traitement de la syphilis ne peut être fixée et doit varier forcément avec chaque cas. Après avoir étudié l'iode et l'iodure de potassium, l'auteur consacre un intéressant chapitre à l'emploi raisonné des divers traitements, à ce qu'il appelle d'un mot très heureux, la stratégie thérapeutique dans le traitement de la syphilis, qui doit toujours et avant tout rester subordonnée aux indications tirées de la clinique.

Nous avons à signaler les chapitres qui traitent des indications spéciales suivant les divers états morbides antérieurs à la syphilis, anémie, scrofule, arthritisme, paludisme, tuberculose, diabète, etc.

Le deuxième livre a pour objet le traitement de diverses manifestations syphilitiques : 1° le traitement de la syphilis primitive, la discussion de l'excision abortive du chancre syphilitique : il la conseille volontiers, sans avoir d'illusions sur sa valeur préservatrice, chaque fois que l'opération peut se faire sans inconvénient ; 2° le traitement abortif par la médication spécifique interne dès l'existence certaine du chancre. L'auteur n'admet pas non plus que ce traitement puisse empêcher la généralisation du processus infectieux, mais il est utile et rationnel, et il faut l'instituer dès qu'on est certain de la nature du chancre.

Le traitement de la syphilis secondaire avec toutes ses manifestations, précède la troisième division de ce second livre qui a pour objet le traitement de la syphilis tertiaire. L'auteur l'envisage d'abord dans son ensemble, puis dans les localisations principales, syphiloses cutanées, du système locomoteur, syphilis viscérale, etc.

Le troisième livre, moins étendu que les deux autres, se divise en deux parties : traitement et prophylaxie de la syphilis héréditaire ; prophylaxie de la syphilis.

Nous signalerons particulièrement les chapitres qui concernent le mariage des syphilitiques, le traitement de la syphilis des femmes enceintes, l'allaitement des nourrissons, la prophylaxie de la syphilis entre nourrissons et nourrices, la syphilis vaccinale.

La prophylaxie sociale de la syphilis est traitée avec des arguments qui doivent appeler l'attention. L'auteur est partisan des mesures répressives, mais il voudrait que les réglements ne soient pas faits seulement pour la femme ; ils doivent aussi atteindre l'homme pour ne pas paraître injustes et tyranniques.

Nous ne pouvons qu'indiquer à grands traits les principales divisions de ce traité dans lequel l'éminent médecin de l'hôpital du Midi a mis le fruit de l'expérience de toute sa vie de spécialiste. Il n'est pas une partie relative au traitement de la syphilis qui n'ait été l'objet du plus minutieux examen. L'auteur a même traité l'historique du traitement de la syphilis et il est du plus grand intérêt de mesurer avec lui tout le chemin parcouru depuis les premiers syphiligraphes jusqu'à nos jours. Les deux ouvrages antérieurs de Mauriac sur la syphilis secondaire et sur la syphilis tertiaire et son livre actuel sur le traitement de la syphilis, constituent une œuvre d'ensemble considérable à laquelle tout le public médi-

cal et la science française en particulier doivent un hommage sans réserve. F. BALZER.

Traitement du phagédénisme du chancre simple par la solution forte de tannate ferrico-potassique, par HALLOPEAU et MACREZ (*Ann. de derm.*, *n° 11*, *1895*).

Le tartrate ferrico-potassique vanté par Ricord a réellement une action remarquable sur l'agent infectieux du chancre simple phagédénique, à la condition d'être employé en solution au tiers et d'une manière continue par la balnéation. Les applications sont un peu douloureuses, mais non irritantes. Les auteurs insistent sur les analogies du phagédénisme chancrelleux avec la pourriture d'hôpital. F. BALZER.

Endocardite ulcéreuse blennorragique; septicémie d'origine blennorragique, par THAYER et BLUMER (*Arch. de méd. exp.*, *VII*, *6*).

Une femme de 34 ans entre à l'hôpital avec les signes d'une typhose mal caractérisée, abattement, fièvre, tuméfaction de la rate. On s'aperçoit qu'il existe un écoulement vaginal dans lequel la présence du gonocoque peut être démontrée. Après quelques jours, on assiste au développement d'une endocardite mitrale. La malade succombe. En examinant le cœur à l'autopsie, on trouve la face auriculaire de la mitrale parsemée d'érosions, végétations, thrombus; le raclage des végétations montre un grand nombre de leucocytes polynucléaires, et dans ces leucocytes des éléments le plus souvent isolés d'un diplocoque qui a tous les caractères du gonocoque, se décolore par la méthode de Gram, ne cultive pas dans les milieux ordinaires, mais donne quelques colonies sur sérum agar. Il s'agit donc d'une typhose par septicémie blennorragique avec localisation endocardiaque. GIRODE.

Complications cardiaques de la blennorragie, par BARRUOL (*Thèse de Paris*, *1896*).

L'endocardite peut être liée au rhumatisme blennorragique, mais peut aussi se développer d'une manière indépendante. L'endocardite blennorragique peut être simple ou infectieuse ; dans le premier cas, elle passe à l'état chronique et peut déterminer la mort par asystolie ; elle peut aussi guérir. L'endocardite infectieuse à gonocoques peut affecter les formes septicémique, pyohémique ou hémorragique ; elle est mortelle. La péricardite est ordinairement bénigne ; les cas graves concernent des lésions étendues au myocarde et à l'endocarde. Le gonocoque, trouvé plusieurs fois dans les cas infectieux, n'a pas été trouvé dans les cas simples. Les altérations valvulaires préexistantes prédisposent aux inflammations blennorragiques du cœur. F. BALZER.

Traitement de la cystite blennorragique aiguë de l'homme, par CHARALAMBIEFF (*Thèse de Paris*, *1895*).

La plupart des cystites blennorragiques aiguës guérissent par le régime lacté et le repos, aidés d'une médication calmante locale et des antiseptiques des voies urinaires. Si la maladie tarde un peu à guérir, il faut avoir recours, aux instillations intra-vésicales de nitrate d'argent ou de sublimé qui amènent ordinairement une prompte amélioration. F. BALZER.

Ueber die Bedeutung der Silbersalze..... (De l'importance des sels d'argent pour le traitement de la gonorrhée), par SCHÄFFER (*Münch. med. Woch.*, *nos 28 et 29, p. 641 et 671, 1895*).

Le nitrate d'argent forme, avec les albumines des précipités abondants ; pour obvier à ces inconvénients, qui affaiblissent la pénétration du médicament, l'auteur recommande l'emploi d'un autre sel d'argent : l'argentamine (éthylène diamine argent phosphaté) qui précipite moins les albumines, possède sur les morceaux de tissus examinés microscopiquement une pénétration beaucoup plus grande que le nitrate et vis-à-vis du gonocoque possède à 1/4000 un pouvoir microbicide plus fort que le nitrate d'argent à 1/4000 et que le sublimé à 1/0000. Avec son emploi les gonocoques disparaissent du pus urétral d'une façon extraordinairement rapide et surtout rend beaucoup moins fréquents les cas d'urétrite postérieure.

C. LUZET.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, par J. SÉGLAS (*Un vol. Paris, 1895*).

L'auteur a réuni les leçons qu'il a faites de 1887 à 1894 à la Salpêtrière et dont quelques-unes ont déjà été publiées dans divers recueils.

Ces leçons présentent un caractère de grande originalité. Nous citerons à cet égard les trois relatives à l'obsession, où il montre que les faits psychiques qui la constituent *ne sont pas totalement* subconscients et indépendants, et ne sont qu'en partie abandonnés à leur développement automatique, envahissant à chaque instant la conscience et se mêlant à d'autres pensées. La caractéristique de l'obsession réside dans ce fait que l'obsédé est conscient d'un côté, qu'il est inconscient de l'autre.

La confusion mentale primitive sur laquelle Chaslin a attiré l'attention des aliénistes ces dernières années lui a fourni aussi des leçons d'un grand intérêt, en particulier celle où il montre la difficulté qu'il y a dans certains cas à la différencier de la paralysie générale.

On connaît les importants travaux de l'auteur sur les délires mélancoliques et de négations, et les études psychologiques qu'il a faites du mécanisme de ces délires. Plusieurs leçons leur sont consacrées et confirment ces travaux antérieurs par de nouveaux exemples. Citons en particulier une leçon sur les idées d'auto-accusation au point de vue sémiologique. Le diagnostic si difficile souvent de la paranoïa aiguë avec la confusion mentale primitive est longuement traité. Il est certains

cas où la mélancolie s'accompagne de certaines idées de persécution et où le délire de persécution s'accompagne d'idées mélancoliques d'auto-accusation; ces faits sont bien mis en relief grâce à des exemples cliniques typiques. Au point de vue des hallucinations, l'auteur distingue les persécutés en trois groupes: persécutés sans hallucinations ; persécutés hallucinés sensoriels ; persécutés hallucinés moteurs. A cette dernière variété appartiennent les persécutés possédés, chez lesquels ces idées de possession proviennent du dédoublement de la personnalité. De nombreux exemples de possession sont rapportés par l'auteur. C'est en effet là la caractéristique de ces leçons, d'être avant tout cliniques. L'auteur n'avance rien qu'il ne corrobore, ne démontre, n'éclaircisse, par des exemples bien choisis, et présentés d'une manière simple et claire de façon qu'en les lisant on croit avoir le malade sous les yeux. Ce volume clinique constitue le meilleur ouvrage qui ait été publié depuis longtemps sur les maladies mentales. P. S.

Die diagnostiche..... (L'importance diagnostique et pronostique du phénomène du genou), par CRAMER (*Münchener med. Woch., nos 46 et 47, p. 1074 et 1101, 1895*).

Parmi les psychopathies, la seule paralysie se distingue par un certain pourcentage de ses cas dans lesquels le phénomène du genou est conservé. Chez les aliénés non paralytiques, sauf l'idiotie, on rencontre des altérations (exagérations) du phénomène du genou dans un assez grand nombre des cas où le processus psychique reste actif. Son absence doit éveiller le soupçon de paralysie, quand on élimine l'aloolisme, l'épuisement ou les lésions organiques graves du système nerveux central ; c'est donc un signe généralement défavorable. L'absence du réflexe rotulien dans le stade de convalescence, de la manie ou dans la manie chronique, ou bien dans le cours des formes aiguës de la paranoïa et des troubles psychiques alcooliques, n'est d'un pronostic défavorable que quand il s'ajoute des signes de collapsus profond ou des symptômes de paralysie. L'exagération du réflexe n'est défavorable que combinée avec l'idiotie, ou bien avec une diminution de l'intelligence, la rigidité des pupilles, les troubles de la parole progressifs. Au point de vue du diagnostic différentiel, le phénomène du genou a rarement de la valeur : ainsi son exagération accompagnée d'une série de symptômes peut aider au diagnostic de la manie et de la paranoïa aiguë. Dans la paralysie chronique, l'exagération du réflexe, liée à d'autres symptômes, peut faire présager une nouvelle attaque ou exacerbation. Les cas de paralysie avec signe de Westphal semblent être de durée plus longue, de caractère plus dépressif, et plus rarement accompagnés de phases d'excitation. L'absence (par l'exagération) du réflexe après l'accès épileptique exclut la simulation. C. LUZET.

Glycosurie et psychoses, par Jean TOY (*Thèse de Lyon, 1895*).

Aux troubles urinaires si fréquents chez les aliénés, on doit ajouter la glycosurie transitoire. Ce phénomène, essentiellement passager, ne s'accompagne d'aucun autre signe de diabète et se voit de préférence chez des mélancoliques à constitution neuro-arthritique. Il est dû à une

excitation du système nerveux qui semble sous la dépendance d'une auto-intoxication gastro-intestinale. Il n'aggrave nullement le pronostic de la mélancolie, ne se transforme pas en diabète vrai et n'amène à sa suite aucune des complications viscérales du diabète. Cette glycosurie cède rapidement à l'action de l'antipyrine. H. FRENKEL.

Ueber Peptonurie bei Geisteskranken (déments), par H. MEYER et H. MEINE (*Archiv f. Psychiatrie*, *XXVII*, *2*, *p. 614*).

Il résulte des recherches des deux auteurs que souvent les urines des paralytiques généraux renferment de la peptone dans la proportion de 0,003 à 0,022 0/0 ; cette peptonurie n'est pas constante chez un même malade. Même quand la réaction biuret donne des résultats négatifs, ce n'est pas une preuve que les urines ne renferment pas des proportions très faibles (au-dessous de 0,003 0/0) de peptone.

Les deux auteurs ont constaté en outre que la peptonurie s'observe dans d'autres formes d'affections mentales, voire chez des personnes saines d'esprit et bien portantes. La fréquence de la peptonurie a été trouvée égale à 41 0/0 chez les déments non paralytiques, de 56,4 0/0 chez les déments paralytiques et de 29 0/0 chez les sujets normaux. Chez ces derniers, la richesse des urines en peptone n'a pas dépassé 0,018 0/0, tandis que chez les paralytiques généraux, ce maximum s'est élevé à 0,026 0/0, chez trois autres sujets ayant de la suppuration, il a atteint 0,068 0/0.

Le point sur lequel les deux auteurs ont cru devoir insister d'une façon spéciale, est le suivant : la peptonurie est plus fréquente dans la démence paralytique que dans les autres formes de démence, mais elle n'a rien de caractéristique de la paralysie générale. E. RICKLIN.

Paralysie générale et syphilis, par A. MAIRE (*Thèse de Nancy, 1895*).

Aucun fait clinique, d'après l'auteur, anatomo-pathologique ou thérapeutique n'autorise à croire à l'existence d'une paralysie syphilitique. La paralysie générale a une marche envahissante, alors que la syphilis diminue de fréquence et d'intensité, et les chiffres donnés jusqu'ici par les statistiques sont trop différents pour qu'on puisse en tirer des conclusions sérieuses. La syphilis n'explique ni l'âge d'apparition de la paralysie générale, ni l'abaissement de l'âge moyen des paralytiques généraux. Elle n'explique pas pourquoi la folie paralytique devient de plus en plus fréquente chez la femme jusqu'alors épargnée.

Enfin il n'existe aucune connexion géographique entre la syphilis et la paralysie générale. Il eut été à souhaiter que l'auteur apportât lui-même sa statistique, au lieu de se borner à un simple exposé critique où tous les éléments d'information ne sont pas mis en évidence. P. S.

Drei Fälle nicht traumatischer Harnblasenruptur bei paralytisch Geisteskranken (Trois cas de rupture non traumatique de la vessie chez des paralytiques généraux), par HERTING (*Archiv f. Psychiatrie*, *XXVII*, *2*, *p. 541*).

L'auteur rapporte trois cas de rupture sous-cutanée de la vessie, survenue chez des paralytiques généraux. Dans les trois cas, il s'agissait de

sujets calmes, qui n'avaient jamais eu à subir une contrainte quelconque et n'avaient jamais été sondés. Dans les trois cas on a trouvé une déchirure de la paroi vésicale de plusieurs centimètres de longueur, et non une petite solution de continuité, de forme régulière. Dans les trois cas aussi, on s'est trouvé en présence d'une hémorragie spontanée, primitive, qui s'est trahie par la présence de caillots frais dans la vessie et dans le petit bassin et, chez le troisième malade qui a été sondé, par l'évacuation de fragments de tissu, teintés de sang.

Enfin dans les trois cas, l'examen histologique a fait constater une dégénérescence atrophique de la tunique musculaire de la vessie variable comme intensité et comme étendue, à laquelle l'auteur attribue la rupture de l'organe. E. RICKLIN.

Valeur séméiologique des tremblements de la langue dans la paralysie générale, par Xavier FOURNIER (*Thèse de Paris, 1895*).

L'auteur n'a fait que reprendre les expériences faites par Le Filliatre, et avec l'appareil imaginé par celui-ci pour obtenir les graphiques du tremblement de la langue. Il distingue le mouvement ataxique et le tremblement fibrillaire, qui se trouvent réunis dans une première classe de malades, et le tremblement en masse spasmodique qui est constant chez une seconde classe de sujets où les trois modes de tremblement peuvent d'ailleurs se trouver réunis. Le tremblement de la langue est un signe précoce de paralysie générale. P. S.

Folie hépatique, par CHARRIN (*Soc. méd. des hôp., 30 janvier 1896*).

Dès 1890, Charrin a appelé l'attention sur ces faits de folie hépatique, rapprochés par lui de la folie brigtique, de la folie cardiaque.

Il apporte de nouvelles observations, en particulier celle d'un homme atteint d'une cirrhose hypertrophique et offrant tous les symptômes du délire alcoolique, bien que, soigné depuis 26 mois à l'hôpital, ce malade n'ait pu faire d'excès éthylique.

Ces accidents sont dus à des poisons que le foie lésé ne détruit pas.

A. C.

Trois cas d'idiotie myxœdémateuse traités par l'ingestion thyroïdienne, par BOURNEVILLE (*Arch. de neurol., n° 1, 1896*).

Les symptômes survenus chez les trois enfants ainsi traités par l'ingestion stomacale de la glande thyroïde de mouton se sont succédés dans l'ordre suivant : dégonflement des paupières, amaigrissement, élévation de la température rectale qui, au lieu de rester au-dessous de 37° ainsi que cela est la règle chez les idiots myxœdémateux, monte à 38° et au-dessus, tremblement, faiblesses lypothymiques, sueurs profuses, remplaçant la sècheresse habituelle de la peau, affaiblissement des jambes, augmentation du tremblement, tachycardie, vomissements, agitation, excitation, diminution de volume de la langue et de la coloration violacée des lèvres, poussée plus rapide des ongles, disparition des croûtes de la tête, desquamation des mains et des pieds qui perdent leurs caractères

pachydermiques, coloration de plus en plus naturelle de la peau, qui perd sa teinte jaune de cire, diarrhée au lieu de constipation. Tous les mouvements s'assouplissent, la préhension est moins lente, la marche plus légère et plus rapide. La taille se développe, la sensibilité au froid diminue. La physionomie est plus éveillée, plus expressive et l'intelligence se développe. Des tracés très intéressants et portant sur de longues périodes de traitement accompagnent cet important mémoire. P. S.

Epilepsie senile und das Griesingersche symptom der Basilärthrombose, par B. NAUNYN (*Zeitschr. f. klin. Med.*, *XXVIII*, *p. 217-223*).

Chez les sujets atteints de thrombose du tronc basilaire, la compression des carotides provoquerait, d'après Griesinger, des attaques épileptiformes ; c'est, on le voit, l'inverse de la compression employée par Parry dans l'épilepsie ordinaire comme moyen palliatif des accès. Naunyn, qui a recherché ce symptôme chez trois malades, montre qu'il est: 1° infidèle, car cette compression produisait des accès épileptiformes chez un malade chez lequel on ne trouva à l'autopsie aucune thrombose basilaire ; 2° dangereux, car un des malades faillit mourir d'un accès épileptiforme ainsi provoqué.

Pour Naunyn, l'épilepsie sénile dépendrait d'un trouble circulatoire cérébral avec ou sans lésions cardiaques et artérielles. Le bromure est absolument inefficace. La digitale au contraire donnerait d'excellents résultats. A.-F. PLICQUE.

Sur l'action thérapeutique du bromure de potassium associé à l'adonis et à la codéine dans le traitement de l'épilepsie, par Th. TATY (*Lyon méd.*, *29 décembre 1895*).

T. a administré dans vingt cas d'épilepsie le traitement mixte de Bechterew par le bromure, l'adonis et la codéine. L'adjonction de la codéine lui paraît mauvaise, elle amène de la constipation, de la somnolence. Quant aux effets généraux, ils ne diffèrent pas de ceux obtenus avec le bromure seul, diminution des crises, mais pas de modification de l'état normal. A. CARTAZ.

De quelques intoxications surajoutées à la morphinomanie, par VALE (*Thèse de Paris*, *1895*).

L'auteur étudie la coexistence avec la morphinomanie de l'opiophagie ou opiomanie, de l'alcoolisme, du chloralisme, de l'éthérisme et du cocaïnisme.

Il montre que les diverses intoxications surajoutées tiennent surtout au terrain sur lequel s'est développée elle-même la morphinomanie, et combien il est dangereux de chercher à substituer l'une de ces intoxications à la morphinomanie, car on n'arrivera jamais qu'à la combinaison.

Au point de vue du traitement, l'auteur considère qu'on doit procéder avec beaucoup plus de prudence au moment du sevrage, en particulier pour le chloral et la cocaïne, mais le nombre des cas sur lesquels

il s'appuie est beaucoup trop restreint pour en tirer des conclusions fermes. P. S.

De l'alcoolisme dans le délire chronique à évolution systématique, par BRODY DE LAMOTTE (*Thèse de Paris*, *1895*).

L'alcoolisme se rencontre fréquemment, surtout dans la classe ouvrière, au cours du délire chronique des persécutions. Cela s'explique par le besoin qu'éprouve le délirant persécuté de s'étourdir au début de sa maladie, et plus tard, de chercher des forces pour résister, se défendre ou attaquer à son tour. L'alcoolisme n'est donc le plus souvent qu'une cause apparente du délire de persécution.

Le diagnostic est surtout délicat lorsque l'alcoolisme s'est surajouté au délire chronique. L'importance du diagnostic est capital au point de vue du pronostic, du traitement et de la médecine légale, sous le rapport de la responsabilité. P. S.

Alcoholic peripheral neuritis in advanced age, par Arthur MAUDE (*Brain*, *LXX et LXXI*, *p. 315*, *1895*).

Homme de 75 ans, grand buveur toute sa vie et supportant l'alcool d'une façon extraordinaire. En 1894, sans aucun trouble nerveux antérieur, sauf une certaine torpeur cérébrale, il est pris de faiblesse musculaire et de difficulté de la marche; puis, peu après de douleurs lancinantes dans la sphère du nerf tibial postérieur. A ces signes se joignent de l'œdème des mains et des pieds, avec des taches purpuriques, et une suppression des réflexes tendineux. L'asphyxie locale des extrémités fait des progrès et le malade meurt subitement au bout de quelques secondes d'étouffement.

L'auteur admet qu'il y a eu là de la névrite périphérique, manifestation fort rare de l'alcoolisme à un âge aussi avancé. H. R.

Die Alkoholische Myocarditis..... (La myocardite alcoolique avec affection hépatique consécutive et albuminurie temporaire), par AUFRECHT (*Deut. Arch. für klin. Med.*, *LIV*, *p. 615*, *1895*).

Ce type clinique atteint des hommes de l'âge moyen, entre 25 et 50 ans; chez les femmes, il est beaucoup plus rare. Dans tous les cas, on peut incriminer l'usage immodéré des boissons alcooliques. Le début est lent et progressif. Le premier symptôme consiste en dyspnée, quand le malade parle, quand il monte les escaliers; puis survient un accès pendant la marche. Anatomiquement, le cœur est atteint de myocardite fragmentaire. A la dilatation du cœur s'ajoute une augmentation de volume du foie. Puis le rein est atteint à son tour. C. LUZET.

La toxicité des boissons alcooliques mesurée à l'aide des injections intra-veineuses chez le lapin, par DAREMBERG (*Arch. de méd. exp.*, *VII*, *6*).

De toutes les boissons alcooliques, les plus dangereuses sont les liqueurs à essences, telles que les absinthes et les anisettes. Les boissons les moins nuisibles sont celles qui sont fabriquées sans essences avec de l'alcool d'industrie chimiquement pur, eaux-de-vie, amers, etc... à l'aide

de bouquets non toxiques. Les vins sont, pour une même proportion d'alcool, plus toxiques que les eaux-de-vie de vin, lesquelles sont plus toxiques que les eaux-de-vie artificiellement fabriquées avec de l'alcool d'industrie très bien rectifié. Les vins blancs sont très généralement moins toxiques que les vins rouges. Les vins plâtrés et les vins malades sont très toxiques. GIRODE.

Nouveau procédé de mensuration de la toxicité des liquides par la méthode des injections intra-veineuses; application à la détermination de la toxicité des alcools, par JOFFROY et SERVEAUX (*Arch. de méd. exp.*, *VII*, 5).

L'emploi de l'injection intra-veineuse dans l'étude de la toxicité des alcools rencontre un grand obstacle dans la production de coagulations vasculaires très importantes. On peut obvier à cet inconvénient en prenant comme excipient de la dilution alcoolique une macération aqueuse de têtes de sangsues, suivant la méthode d'Haycraft. En réglant rigoureusement l'injection par l'emploi d'un vase de Mariotte, on obtient des résultats très satisfaisants. Ces recherches confirment la loi de croissance de la valeur toxique des alcools inférieurs aux supérieurs; et même, contrairement à Dujardin-Beaumetz et Audigé, l'alcool méthylique le plus bas est moins toxique que l'alcool éthylique placé au-dessus, ce qui confirme la loi. Naturellement la toxicité devient maxima pour les aldéhydes, le furfurol, l'acétone. Pour les boissons alcooliques du commerce, la toxicité augmente du cognac jeune aux eaux-de-vie de cidre et de marc, pour atteindre un maximum avec le kirsch des Vosges. Pour une liqueur donnée, le vieillissement augmente la nocuité. GIRODE.

MÉDECINE LÉGALE.

Herzfullung wahrend des Lebens und nach dem Tode (Contenu du cœur pendant la vie et après la mort), par Koloman BUDAY (*Zeitschr. für klin. Med.*, *XXVIII*, *p. 348*).

Le cœur, d'après B., renfermerait moins de sang pendant la vie qu'après la mort. La quantité de sang contenue dans le cœur droit serait beaucoup plus considérable que celle contenue dans le cœur gauche. Quand la mort survient après une série de contractions de plus en plus faibles du ventricule gauche (muscarine, chloral), le cœur droit renferme plus de sang que le cœur gauche. Les doses élevées de muscarine, la digitaline, le courant électrique amèneraient une sorte de réaction du ventricule gauche. Le cœur droit renferme alors jusqu'à quatre fois plus de sang que le gauche. Il est intéressant de rappeler que, dans la mort par angor pectoris, le ventricule gauche est souvent presque vide avec

une paroi comme lavée. D'après B., il n'y aurait pas synchronisme entre les mouvements du cœur droit et du cœur gauche ; les expériences délicates à cet égard auraient besoin d'être complétées. A.-F. PLICQUE.

De l'influence de la putréfaction sur la docimasie pulmonaire hydrostatique, par BORDAS et DESCOUST (*Ann. d'hyg. publ., juin 1895*).

Chez les nouveau-nés n'ayant pas respiré, la putréfaction cadavérique ne provoque pas de phénomènes susceptibles de modifier la densité des poumons et ne peut, par conséquent, entacher d'erreur les résultats fournis par la docimasie hydrostatique. J. B.

I. — Ueber Geburtsverletzungen des Neugeborenen und deren forensische Bedeutung, par Paul DITTRICH (*Viertelj. f gerichtl. Med.....,3e série, IX, p. 203, avril 1895*).

II. — Ueber einen ursprünglich als Verletzung angesehenen congenitalen Cutisdefect am Scheitel eines neugeborenen Kindes, par le même (*Ibid., p. 258*).

I. — Travail illustré de dessins, dans lequel Dittrich étudie, au point de vue médico-légal, les blessures des nouveau-nés résultant de l'accouchement spontané ou non. Il les divise en : 1° état parcheminé et excoriations des téguments ; 2° épanchements sanguins ; 3° plaies des parties molles ; 4° lésions du squelette ; 5° ruptures d'organes internes ; 6° arrachements de membres.

L'état parcheminé de certains points de la peau, avec ou sans excoriations, peut reconnaître différentes causes : 1° la compression exercée par les os du bassin (promontoire surtout) de la mère ; le cuir chevelu présente alors des marques de pression, sous forme de rougeurs linéaires ou arrondies ; 2° les manœuvres de version et d'extraction, où les lésions occupent les jambes ou les malléoles ; 3° l'application du forceps ; 4° les tractions exercées par la mère s'accouchant elle-même. Seules, les lésions tégumentaires siégeant à la face, au cou ou au thorax, peuvent embarrasser le médecin légiste, parce que c'est dans les mêmes régions qu'on trouve les traces de l'infanticide par occlusion des voies aériennes. Dans le cas de présentation de la face, il n'est pas rare de voir l'épiderme du visage détaché en grands lambeaux.

Les ecchymoses et épanchements sous-cutanés proviennent des mêmes causes que les lésions précédentes, qu'elles accompagnent souvent. Celles occasionnées par le forceps se trahissent par leur siège et leur forme curviligne ; les extravasats dus aux manœuvres de balancement de Schultze se rencontrent souvent dans les muscles pectoraux. Enfin, que l'accouchement ait été spontané ou non, que la femme ait extrait elle-même son enfant, on peut observer des hématomes des sterno-cléidomastoïdiens, dont l'origine naturelle est décelée par l'absence de tout épanchement sanguin dans la peau et dans le tissu cellulaire remplissant les interstices musculaires du cou.

Parmi les plaies des parties molles, il convient de signaler certaines pertes de substance du cuir chevelu, résultant de l'élimination d'eschares effectuée avant la naissance. Dans ces circonstances, on pourrait croire à des ten-

tatives d'avortement par instruments piquants, alors qu'il ne s'agit que de compression exercée par le promontoire ou la symphyse maternels. Kaltenbach (*R. S. M.*, XXXIII, 147) a également appelé l'attention sur des vergetures du cou, qu'il ne faut pas confondre avec des sillons de strangulation. L'accouchement accompli sans aucune assistance étrangère peut déterminer de graves lésions des parties molles de la face et de la bouche, et même du maxillaire inférieur, ainsi que l'a rapporté Kob (*R. S. M.*, XXIX, 227). Un traumatisme qui atteint la mère, sans la blesser elle-même, peut entraîner des blessures mortelles du fœtus ; Paul a relaté (*Prager med. Woch.*, 1894) un cas de plaie pénétrante transversale de l'abdomen imputable à ce mécanisme. On a observé des déchirures du périné, amenées soit par la version podalique, soit par un toucher brutal. Une matrone ignorante, prenant le cuir chevelu ridé pour la poche des eaux, l'a décollé avec les doigts sur une grande partie de son étendue, scalpant ainsi l'enfant.

Les lésions du squelette, beaucoup plus frappantes, ont été mieux étudiées. Au crâne, on note des dépressions et des fissures siégeant, le plus souvent, sur les pariétaux, mais quelquefois aussi sur l'occipital. Les dépressions peuvent résulter de la compression exercée par le bassin maternel. Les fissures non criminelles sont caractérisées par leur siège (pariétaux surtout) et leur direction parallèle aux rayons d'ossification. On peut les observer dans les accouchements spontanés, quand il y a disproportion entre les dimensions de la tête fœtale et celles du bassin de la mère principalement ; ou bien à la suite de traumatismes maternels, ou encore après administration de seigle ergoté, comme Veit en a publié un exemple (*R. S. M.*, XIII, 610 et XVII, 643). Après la version, on a cité un cas où l'écaille avait été séparée de la portion basilaire de l'occipital. Le forceps peut entraîner une fracture de la voûte orbitaire. Braxton Hicks a rattaché une fracture du maxillaire inférieur aux efforts de la mère pour extraire elle-même son enfant. On connaît également des faits plus ou moins nombreux de fractures de la clavicule, de l'humérus, multiples des membres supérieurs, décrites par Seeligmüller (*R. S. M.*, V, 173). Otto von Sassen (*Thèse Berlin*, 1874) a publié deux cas de fracture de l'articulation sacro-iliaque, consécutive à la version pratiquée sur un bassin rétréci. On a également signalé des fractures de la cuisse, de la jambe, des ruptures des disques intervertébraux, des arrachements des épiphyses des corps de vertèbres. Enfin, il y a lieu de mentionner les fractures intra-utérines dont von Hoffmann, Linck (*Arch. f. Gynaek.*, XXX), Kidd ont fait connaître des cas.

Les ruptures viscérales intéressent surtout le foie et la rate. Les lésions hépatiques les moins graves sont des hémorragies sous-capsulaires à la face antérieure de l'organe. Körber (*St-Petersburger med. Woch.*, 1892, n° 51) a publié un cas de déchirure du parenchyme hépatique par la méthode de respiration artificielle de Schultze. Au lieu d'être produites directement par l'intervention manuelle, ces déchirures peuvent être provoquées par des fragments osseux de fractures (Voy. *R. S. M.*, XXXVI, 174, XXVI, 636 et XXX, 598).

Les arrachements des membres, du tronc, de la tête sont toujours la conséquence de tractions violentes dans les cas où il existe une disproportion entre les dimensions des parties fœtales (tête hydrocéphale, par exemple) et celles du bassin maternel (rétrécissement) ; on les signale

principalement dans les positions défectueuses, dans les présentations pelviennes et dans les procidences de membres.

II. — Enfant à terme, né spontanément et mort de pneumonie dès le lendemain. Au milieu du vertex, il offre une plaque glabre, noirâtre, sèche, arrondie, un peu déprimée, mesurant 2 centimètres d'avant en arrière et 17 millimètres transversalement. Sur tout le pourtour de cette plaque, dans une étendue variable de 1/2 à 1 centimètre, la peau n'est revêtue que de duvet. Les frontaux, dans leur partie postérieure, ainsi que les pariétaux, sur toute la longueur de leur bord interne, sont très distants l'un de l'autre, de sorte que le sommet du crâne offre une lacune osseuse de 8 centimètres de long sur 3 de large; tous les os sont d'ailleurs intacts. Il existe, en outre, une microphtalmie double.

Dittrich, avant même d'opérer l'examen microscopique, conclut qu'il ne s'agissait pas d'une blessure, pour les motifs suivants : surface lisse de la plaque, bords arrondis sans déchirures de la peau environnante ; présence de poils follets sur la zone marginale ; dimensions anormales de la grande fontanelle, avec intégrité des os. Sous le microscope, à la limite où cessaient les téguments normaux, on voyait une région caractérisée par un amincissement considérable de la couche de Malpighi, ainsi que par l'absence complète de tissu graisseux, de glandes et de papilles; puis commençait une zone où l'épiderme ne se composait plus que de la couche cornée et des parties les plus superficielles du rété et qui présentait une forte infiltration de noyaux de différentes grosseurs, aptes à se teindre; plus en dedans, il y avait une couche conjonctive, mince, remplie de noyaux et revêtue d'un reste d'épiderme; enfin, tout à fait au centre de la plaque, une zone ne prenant plus les couleurs.

Von Hofmann (*Wiener med. Presse*, 1885) a eu à examiner 2 faits de ce genre, parce que le vérificateur des décès avait cru à des tentatives d'avortement par instruments. Hans von Hebra a publié (*Mittheilungen des Wiener embryolog. Instituts*) aussi un cas de lacunes de la peau des tempes chez un nouveau-né. Enfin, H. Chiari a communiqué à Dittrich un exemple analogue, où, en dehors de plusieurs autres anomalies de développement, il existait, sur le milieu de la suture sagittale, une lacune cutanée, de forme irrégulière, ayant 2 centimètres et demi de longueur sur 1 et demi de largeur, limitée par une zone glabre de 4 centimètres, qui augmentait d'épaisseur en dehors et était revêtue d'épiderme. De l'extrémité antérieure de la lacune s'étendait en arrière, sur une longueur de 1 centimètre, une bande de tissu large d'un demi-centimètre, faisant saillie sur la plaque lacunaire qui était noirâtre et lisse. Deux lacunes semblables, de la grandeur de têtes d'épingles et séparées l'une de l'autre par une distance de 3 millimètres, se trouvaient l'une au confluent des sutures lambdoïde et sagittale, l'autre un peu à gauche (*R. S. M.*, XXXIX, 182). J. B

Fehlen der Todtenflecke nach dem Verblutungstode, par CHLUMSKY (*Viertelj. für gerichtl. Med.....*, *3e série*, *X*, *p. 22*, *juillet 1895*).

L'observation de Chlumsky vient à l'appui de celle de Devergie, contestée par Casper, que les lividités cadavériques peuvent manquer dans la mort par hémorragie.

Il s'agit d'une femme de 25 ans, assassinée à coups d'un instrument à la fois contondant, tranchant et très étroit, puis immergée dans un étang recouvert de glace.

Entre autres lésions, il y avait 13 plaies du cuir chevelu avec autant de fractures de la voûte ou de la base du crâne; 9 plaies du tronc dont 6 pénétrantes, thoraciques ou abdominales, qui avaient lésé le poumon, la rate, le rein, le foie et l'estomac et provoqué des hémorragies considérables.

L'autopsie, commencée 48 heures après la mort, se prolongea 3 jours, pour des raisons judiciaires et, durant tout ce temps, on constata l'absence complète de lividités cadavériques. J. B.

Zur Differentialdiagnose von Pflanzenalkaloiden und Bakteriengiften, par Carl IPSEN (*Viertelj. f. gerichtl. Med..., X, p. 1, juillet 1895*).

Depuis les travaux de Selmi, qui ont fait connaître les alcaloïdes cadavériques, le médecin légiste hésite, en cas d'empoisonnement, à affirmer l'existence d'un alcaloïde végétal, à cause des ptomaïnes qui peuvent produire les mêmes effets.

Les expériences d'Ipsen montrent cependant que, même en présence d'un poison bactérien à action identique, tel que la tétanotoxine, il est possible de déceler la strychnine par toutes ses réactions caractéristiques.

Ce fait s'explique tant par le peu de résistance que le poison tétanique amorphe présente aux différents agents physiques et chimiques, que par la grande stabilité de la strychnine et par l'insolubilité de la toxine du tétanos dans le chloroforme qui dissout la strychnine.

Ipsen a constaté qu'on pouvait également retrouver la strychnine en présence des produits des bacilles cholérique, typhoïdique, charbonneux, diphtéritique, pyocyanique, du protée vulgaire, etc. J. B.

Tod eines Tracheotomirten durch Erhängen, par REINEBOTH (*Viertelj. f. gerichtl Med...., 3e série, IX, 265, avril 1895*).

Fait très intéressant pour le mécanisme de la mort par pendaison, car il prouve que l'occlusion des voies respiratoires n'est pas nécessaire.

Homme trachéotomisé pour un cancer du corps thyroïde, de l'œsophage, du pharynx et des ganglions du cou. Onze semaines plus tard, on le trouve pendu par un cordon de store qu'il avait fixé à un arbre en terrain déclive ; les jambes étaient repliées et le dos des pieds touchaient le sol. La corde laissait libre l'orifice de la canule trachéale, au-dessus de laquelle elle était placée. Autopsie : anémie du cerveau contrastant avec la congestion de la protubérance et du bulbe et la réplétion des artères de la base de l'encéphale. Au cou, tumeurs ganglionnaires, dures, s'étendant des glandes sous-maxillaires aux creux sus-claviculaires et soudées à la plaie trachéale. Sillon de constriction profond immédiatement au-dessous des angles maxillaires ; intégrité des muscles cervicaux, de l'os hyoïde et du rachis cervical; déchirure transversale de la tunique interne des carotides externes au niveau de l'origine des artères linguales. Pas d'ecchymoses pleurales, ni de congestion des organes abdominaux.

Dans le but de rechercher les caractères distinctifs de la mort par suspension, quand l'accès de l'air aux poumons n'est pas entravé, Reineboth a expérimenté sur 10 lapins dont 5 étaient trachéotomisés. Chez ceux qui sont pendus sans trachéotomie préalable, immédiatement après la suspension, on note un arrêt de la respiration et un rétrécissement des pupilles; puis surviennent des mouvements respiratoires énergiques et réguliers avec prédominance de l'inspiration. Après un temps plus ou moins court, se produisent, séparées par d'assez longs intervalles, des convulsions des extenseurs auxquelles succèdent le rétrécissement extrême des pupilles, l'insensibilité de la cornée et l'arrêt définitif des mouvements respiratoires. Le cœur continue à battre encore 1 minute

et demie et la mort ne tarde jamais au delà de 3 minutes et demie; après la mort, les pupilles se rétrécissent graduellement. La pendaison simple s'accompagne d'une forte élévation de la température qui, au moment de la mort, atteint environ 40°. Les lapins trachéotomisés avant d'être pendus survivent au moins trois fois plus longtemps; l'un deux n'a même succombé qu'au bout de 19 minutes et un quart; mais les battements cardiaques ne persistent pas plus longtemps après la cessation de la respiration. L'ascension de la température est à peine marquée. Le cerveau est très congestionné, ce qu'on n'observe pas chez les lapins pendus sans trachéotomie, qui, en revanche, présentent de nombreuses ecchymoses pleurales, tandis qu'elles sont peu abondantes chez les lapins trachéotomisés. Le contenu sanguin du cœur est toujours plus considérable chez les animaux pendus simplement; chez les uns et chez les autres, le sang, examiné un quart d'heure après la mort, n'offre au spectroscope que la raie de l'hémoglobine réduite. J. B.

Étude médico-légale sur les traumatismes de l'œil et de ses annexes, par S. BAUDRY (*Lille*, *1895*).

Il arrive fréquemment que des ouvriers atteints d'une lésion traumatique de l'œil négligent volontairement de suivre le traitement prescrit, exagèrent les conséquences de l'accident, ou sont poussés à simuler la cécité, dans l'espoir d'obtenir une somme plus importante de la partie responsable. C'est pour guider l'expert et lui faciliter l'appréciation aussi exacte que possible du préjudice causé au blessé, que l'auteur a écrit ce livre; il y a ajouté une partie juridique rédigée par un homme compétent. S. Baudry a rendu grand service aux experts chargés de se prononcer dans des cas spéciaux et souvent particulièrement difficiles et délicats; c'est ce qui fera le succès de son livre. ROHMER.

I. — Les incendies de théâtres au point de vue médico-légal, par P. BROUARDEL (*Ann. d'hyg. publ. et méd. lég.. 3e série*, *XXXIV*, *p. 5*, *juillet 1895*).

II. — Contribution à l'étude de la cause de mort après les brûlures étendues de la peau, par Émile WELTI (*Thèse de Paris*, *1894*).

I. —Intéressante étude, accompagnée de nombreuses planches. D'après Choquet, en 135 ans, de 1751 à 1885, on a compté 730 incendies de théâtres, qui ont fait 6,573 victimes. Dans les théâtres, le danger permanent, au point de vue du feu, ce sont les frises. Dans l'incendie de l'Opéra-Comique de Paris, qui sert de base au travail de Brouardel, on a retrouvé les victimes dispersées un peu partout et non amoncelées près des portes d'entrée, comme à Vienne, à Exeter et à Nice; il n'y avait pas eu de lutte entre les spectateurs affolés; 27 cadavres sur 68 étaient dans la buvette; ces 21 femmes et 6 hommes étaient tombés en masse, les uns sur les autres, couverts de fumée, mais les cheveux et les habits intacts, sauf les gants qui étaient craquelés. Tous ces cadavres avaient un sang oxycarboné et des poumons extrêmement congestionnés. Les 7 corps trouvés dans les loges d'artistes offraient des caractères différents : ils avaient été exposés à une température plus élevée, car leurs petits vaisseaux pulmo-

naires contenaient des boudins de sang cuit ; ils étaient recroquevillés, amincis ; leur peau résonnait sous le choc comme un morceau de carton ; leurs membres supérieurs étaient en attitude de combat, grâce à la rétraction des téguments ; si l'on tirait sur un bras pour le redresser, la peau se déchirait avec une section aussi nette que celle du couteau ; au-dessous apparaissaient les muscles ayant l'aspect de viande bouillie et exhalant une odeur empyreumatique. A un degré de température plus considérable, la peau cède d'elle-même ; la poitrine est ouverte aussi correctement que s'il y avait eu autopsie ; le cœur rigide, sorti du péricarde et plein de sang compact, fait souvent hernie au dehors. L'abdomen est moins souvent ouvert que le thorax.

La tête est rapetissée, n'ayant plus, chez l'adulte, que les dimensions de celle d'un enfant de douze ans. Ce sont d'abord ses parties molles qui se racornissent et se dessèchent ; la bouche s'ouvre, puis les os eux-mêmes deviennent friables, et le crâne éclate au niveau des pariétaux. L'opalescence de la cornée fait croire que l'iris est bleu ; le cristallin peut être cuit et cataracté ; les dents sont mobiles et friables. Les membres sont très souvent amputés, les os émergeant des moignons carbonisés. Le siège de ces amputations par fractures est absolument constant : au fémur, toujours à la jonction du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs ; à l'humérus, à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs. Ces fractures sont dues à la dessiccation et à la rétraction consécutive des téguments, suivies de la combustion de l'os au même niveau.

Brouardel a noté quelques brûlures, de localisation difficile à expliquer, sur les personnes qui n'ont pas succombé. Une mère et sa fille, dont les chevelures et les vêtements étaient intacts, étaient gravement brûlées à la plante des pieds et à la paume des mains ; la mère présentait, en outre, une brûlure du 3e degré au poignet, au niveau d'un bracelet en or, tandis que la fille n'en avait pas, malgré son bracelet.

Tous les survivants avaient une perte de mémoire absolue. La plupart d'entre eux ont été pris, soit immédiatement, soit au bout de 2 ou 3 semaines, d'épistaxis, d'hémoptysies, d'entérorragies ou de ménorragies.

B. indique les mesures prescrites pour prévenir le retour de pareils sinistres.

II. — Les plaquettes sanguines ou hématoblastes jouent un rôle important dans la production des symptômes qui suivent les brûlures étendues de la peau. La brûlure crée des conditions qui favorisent la réunion des plaquettes en amas, et leur adhésion aux parois vasculaires (formation des thromboses). La mort dans les premiers jours est due à l'engouement du système circulatoire par les plaquettes et leurs amas, et surtout à l'engouement de la circulation pulmonaire. Les thromboses définitives de la plupart des organes produisent des nécroses multiples, suivies d'ulcérations sur les muqueuses ou d'inflammations secondaires ; celles-ci peuvent être la cause de la mort, à partir du troisième jour (*R. S. M.*, XXXIV, 469 et XXXVIII, 233). J. B.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

I. — Bericht zur Narkotisirungsstatistik, par GURLT (*Berlin. klin. Woch., n° 30, p. 666, 29 juillet 1895*).

II. — Der Siedepunkt der Narcotica und die Körpertemperatur, par SCHLEICH (*Ibidem*).

III. — Effets des narcoses par l'éther et le chloroforme sur le cœur et la respiration, par HERZEN (*Revue méd. Suisse romande, XV, n° 11, p. 609*).

IV. — Fall von Narkosenlähmung des N. cruralis, par GUMPERTZ (*Berlin. klin. Woch., n° 41, p. 902, 14 octobre 1895*).

I. — Les renseignements pour 1894 portent sur 52,677 anesthésies, dont 31,803 par le chloroforme avec 22 morts, 15,712 par l'éther avec 5 ou 6 morts, 2,148 par le chloroforme et l'éther, 11,455 par le mélange de Billroth et 24 par le pental. Jusqu'ici, l'enquête embrasse 266,151 anesthésies chirurgicales accusant 100 morts, soit 1 décès sur 2,661 opérations; pour le chloroforme, la proportion est de 1 sur 10,126; pour le mélange de Billroth de 1 sur 4,383 et pour le pental de 1 sur 203. Les diverses modifications du chloroforme sont sans importance sur la mortalité. L'enquête de l'année dernière accuse le chloroforme des mêmes accidents respiratoires, bronchite et pneumonie, que l'éther : de ce chef, le chloroforme simple a donné lieu à 2 décès et son mélange avec l'éther à 7 pneumonies, dont 3 mortelles. Parmi les chloroformisations, se trouvent certains cas de mort difficilement imputables à l'anesthésique; d'autre part, l'éther, dont l'emploi est 33 fois plus fréquent que dans la première année de l'enquête, tout en présentant une mortalité relativement insignifiante, a des effets secondaires d'autant plus désagréables du côté des organes de la respiration; en outre, certains individus y sont réfractaires. Les éthérisations ont entraîné 30 pneumonies, dont 15 terminées fatalement; sur ces 30 pneumonies, 13 sont survenues à la suite d'opérations abdominales; aussi Gurlt est-il d'avis d'y renoncer pour ces opérations. Quant aux 5 ou 6 décès primitifs, ils sont à peine attribuables à l'éther, car il s'agit d'hémorragie profuse, d'étranglement interne, d'aspiration du chyme.

II. — Dans la question des dangers de l'anesthésie chirurgicale, il est impossible d'arriver à un résultat favorable, en n'envisageant que le côté chimique, c'est-à-dire en se préoccupant de la pureté des préparations ou de la découverte de nouveaux agents. Il y a davantage à espérer en considérant le côté physique, jusqu'ici négligé. Partant de l'idée que le danger devait tenir moins au degré d'affinité chimique de l'anesthésique pour les tissus qu'à l'impossibilité individuelle d'éliminer rapide-

ment la dose inspirée, Schleich a institué des expériences sur les animaux qui lui ont montré d'une façon irréfutable qu'un narcotique est éliminé d'autant plus vite par la respiration que son point d'ébullition est plus voisin de la température du corps; c'est là l'inconvénient du chloroforme, qui ne bout qu'à 65°. Avec les narcotiques qui ont un point d'ébullition inférieur à la température animale, on risque peu d'outrepasser les doses, parce que l'expiration en chasse à peu près autant que l'inspiration en a introduit; tel est le cas pour l'éther, qui bout à 34° et qui ne produit l'anesthésie que par rétention d'acide carbonique.

Le bromure d'éthyle, dont le point d'ébullition est à 38°, n'amène qu'un sommeil passager et peu profond qu'on ne peut augmenter en multipliant les doses, parce que l'expiration expulse la presque totalité du gaz inspiré.

Guidé par ces résultats expérimentaux, Schleich a songé à recourir à l'éther de pétrole pour diluer le chloroforme sans modifier ses propriétés narcotiques. Comme l'une et l'autre substances ont des points d'ébullition élevés, il y adjoint de l'éther sulfurique pour constituer un mélange dont l'évaporation maxima se rapproche de la température du corps.

On a ainsi la possibilité, et de restreindre la quantité de chloroforme, et d'employer des mélanges différents, suivant qu'il s'agit d'opérations courtes ou prolongées, de malades fébricitants ou débilités, d'enfants ou de vieillards, etc.; d'autre part, ces mélanges ne présentent aucun des inconvénients de l'éther (salivation, cyanose, sécrétions bronchiques).

Schleich recommande les 3 mélanges anesthésiques suivants : n° 1, à point d'ébullition à 38° C : éther de pétrole 5, chloroforme 15, éther sulfurique 60; n° 2, à point d'ébullition à 40° : éther de pétrole 5, chloroforme 15,6, éther sulfurique 50; n° 3, à point d'ébullition à 42° : éther de pétrole 15, chloroforme 30, éther sulfurique 80. Le premier mélange est destiné aux enfants, aux anémiques, chlorotiques, malades atteints du poumon ou du cœur, dont la température rectale est normale, ainsi qu'aux opérations de courte durée sur des individus sains. Quand les malades ont une température inférieure à la normale, on accroît la proportion d'éther sulfurique pour abaisser le point d'ébullition du mélange. Le deuxième mélange, pas plus que le précédent, ne supprime complètement les réflexes ni n'amène une résolution musculaire absolue, mais il est suffisant pour une anesthésie de demi-heure. Quant au troisième mélange, il est réservé soit aux fébricitants, soit aux opérations très longues. Il donne une anesthésie très semblable à la chloroformisation, avec cette différence que le contrôle de la respiration suffit pour assurer le dosage convenable. Ces mélanges sont inhalés au moyen d'un masque garni d'un entonnoir gradué qui laisse écouler chaque fois 25 grammes de liquide sur de l'ouate.

Rehn rappelle que l'éthérisation pratiquée à la lumière du gaz altère l'atmosphère d'une façon considérable, en formant de l'acétylène et en décuplant la proportion d'acide carbonique.

Trendelenburg a fait 30 éthérisations avec l'appareil de Dreser qui permet de doser la quantité d'éther mêlée à l'air; la toux et la salivation ont été bien moindres.

III. — Herzen présente des courbes graphiques relatives aux effets des anesthésies par l'éther et le chloroforme sur le cœur et la respiration. Avec le chloroforme, le cœur, une fois arrêté, ne recommence pas à battre,

malgré une respiration artificielle prolongée. Dans l'intoxication éthérée, au contraire, les battements cardiaques continuent et il suffit de provoquer quelques mouvements respiratoires pour ramener la respiration active et le retour à l'état normal.

IV. — Femme de 33 ans, anesthésiée pour une opération gynécologique. Peu après son réveil, elle éprouve des douleurs et un sentiment d'engourdissement à la face interne du membre inférieur droit. A l'examen pratiqué quatre semaines plus tard, on a constaté un trouble spécial de la démarche. La malade ne fléchissait ni le genou, ni la cuisse qui restait en abduction et en rotation en dehors et en avant. Elle avait une paralysie du psoas-iliaque et du triceps, de l'hypesthésie et de la thermanesthésie sur les territoires des nerfs fémoro-cutané médian, grand et petit saphènes; le grand saphène et le tronc du nerf crural étaient extrêmement douloureux à la pression; l'excitabilité électrique était nettemant affaiblie sur le territoire du nerf crural; pas de réaction de dégénérescence; réflexe rotulien moindre à droite. Durant l'opération, le membre inférieur droit avait été immobilisé en flexion extrême. Gumpertz pense que les masses musculaires, le psoas-iliaque notamment, ont comprimé le nerf crural. Guérison. J. B.

La respiration et le pouls dans l'anesthésie par l'éther, par ANGELESCO (*Mercredi méd.*, *29 mai 1895*).

La respiration s'accélère pendant les deux premiers quarts d'heure de l'anesthésie; le maximum (40 à 45 et 50 à 58) est atteint à la fin du second quart d'heure dans les deux tiers des cas, à la fin du premier dans l'autre tiers. Le chiffre des respirations se maintient ou diminue légèrement pendant l'anesthésie; il reste élevé pendant le sommeil profond qui suit l'anesthésie, pour ne revenir à la normale qu'au réveil.

Le pouls reste régulier, mais devient fréquent; il atteint généralement le maximum (115 et même 140) au bout du premier quart d'heure et commence ensuite à baisser; à la fin de la narcose, il surpasse encore la normale de 15 à 20 pulsations. Pendant le sommeil profond qui suit les longues anesthésies, il augmente de nouveau un peu de fréquence, pour revenir à la normale au moment du réveil. LEFLAIVE.

A preliminary report on the use of oxygen gas with ether for anaesthesia, par COLE (*Med. Record*, *12 octobre 1895*).

L'idée de l'anesthésie par l'éther-oxygène revient au chimiste Preston Carson; les premières applications cliniques en ont été faites par Cote et Markoe.

Dans cette note préliminaire, C. décrit tout d'abord l'appareil employé par lui, puis donne la relation succincte de 21 cas où ce mode d'anesthésie fut expérimenté. Le temps nécessaire pour provoquer le sommeil varia de 3 à 15 minutes, le réveil se faisant en 15 à 20 minutes. La salivation fut toujours très modérée; les vomissements ne furent en aucun cas sérieux; dans la majorité des cas il n'y eut même pas de nausées ni pendant l'éthérisation, ni au réveil. Les résultats de l'inhalation d'oxygène ont été d'augmenter la rapidité de l'action du cœur. Quant à la respiration, elle fut toujours aisée. Le stade d'excitation fut modéré et l'on n'observa pas de cyanose. Enfin, la quantité d'éther nécessaire

pour provoquer l'anesthésie complète semble devoir été considérablement diminuée, toutes choses égales d'ailleurs. CART.

Ueber den Einfluss von Äther und Chloroform auf die Nieren (Influence de l'éther et du chloroforme sur les reins), par EISENDRAHT (*Deutsche Zeitschr. f. Chir., XL, 5-6, p. 466-499, 1895*).

L'attention des chirurgiens a été attirée par les discussions récentes sur la valeur des anesthésiques et sur les indications et contre-indications du chloroforme et de l'éther. L'éther a conservé le terrain acquis depuis quelques années : il n'exerce aucune influence fâcheuse sur le rein ; il détermine seulement une albuminurie et une cylindrurie très passagères. Quant au chloroforme, il donne lieu aussi à de l'albuminurie, de la cylindrurie plus rebelles ; mais il peut en outre provoquer une dégénérescence graisseuse et une nécrose de l'épithélium de la substance corticale. L'auteur rapporte le fait d'un malade, opéré pour une hernie étranglée, anesthésié pendant une heure et demie par 60 grammes de chloroforme, qui succombait le onzième jour après l'opération, par suite d'une nécrose, très étendue des cellules épithéliales de la substance corticale des reins due à l'influence d'une narcose prolongée.

Eisendraht conclut en disant que l'albuminurie est déterminée par l'éther dans 25 0/0 des cas et par le chloroforme dans 32 0/0 ; la cylindrurie disparaît plus vite après l'éthérisation qu'après l'administration du chloroforme. M. B.

Die Bronchitiden..... (Les bronchites et les pneumonies à la suite de l'anesthésie par l'éther, par GROSSMANN (*Deutsche med. Woch., n° 29, p. 462. 1895*).

Un des principaux griefs relevés contre l'éther est l'augmentation des sécrétions qui se produit dans les voies respiratoires et serait cause des bronchites et pneumonies observées à la suite de cette anesthésie. En réalité personne n'a observé directement cette augmentation de sécrétion des voies respiratoires; il y a bien augmentation des sécrétions sous l'influence de l'éther, mais uniquement dans la bouche et le nez et si, par un dispositif spécial, on assure le libre écoulement des sécrétions, il n'y a plus ni râles pendant l'anesthésie, ni accidents inflammatoires à craindre du côté des bronches. Pour cela le masque de Julliard ne convient pas; celui de Wanscher modifié par Grossmann s'y prête parfaitement.

Il faut placer la tête du patient sur un plan absolument horizontal, l'incliner de côté de manière à ce que l'angle de la bouche soit le point le plus bas de la bouche et du pharynx et entr'ouvrir de temps en temps les lèvres avec le doigt; la sécrétion qui s'écoule ainsi varie de 10 à 30 centimètres cubes et provient pour la plus grande partie de la parotide. Plus de 150 anesthésies pratiquées par G., avec ces précautions, n'ont donné lieu à aucun incident. H. DE BRINON

Anesthésie locale par le gaïacol ; anesthésie sans dangers, très satisfaisante, pour la chirurgie dentaire ; emploi dans la petite et la grande chirurgie, par J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (*Journal de méd. et chir. prat., 10 septembre 1895*).

L'auteur emploie une solution huileuse (huile d'olive) contenant 5 centigrammes de gaïacol par gramme. Il préconise son usage en injection sous la muqueuse gingivale, en 2 ou 4 points à la base de la dent. 5 centigrammes suffisent à obtenir une anesthésie parfaite au bout de six à dix minutes ; elle est complète, même dans les cas où la région est enflammée ; parfois il y a eu de petites eschares avec des solutions concentrées au dixième. Le gaïacol a été employé de même en injections sous-cutanées pour de petites opérations : enlèvement de loupes, ablation d'hygromas, ouverture d'abcès, fistules à l'anus, voire une gastrostomie. H. L.

Sur l'emploi du parachlorophénol et du chlorosalol en chirurgie, par Ch. GIRARD (*Revue méd. Suisse romande, XV, n° 7, p. 365*).

Le *parachlorophénol* ou phénol chloré est un corps cristallin à la température ordinaire, fondant à 37° et bouillant à 217° ; une fois fondu, il reprend difficilement l'état solide. D'odeur analogue au phénol, il est très soluble dans l'alcool et l'éther, mais peu dans l'eau distillée, qui en dissout 1,3 0/0 ; il suffit d'une minime addition d'alcool à l'eau pour obtenir une solution à 2 0/0 ; ce corps coagule l'albumine, mais pas aussi complètement que le phénol. Ses propriétés bactéricides ont été étudiées par Karpow (*Ueber die desinficirende Wirkung der drei isomeren Chlorophenole, Revel*, 1893).

Girard, qui emploie le parachlorophénol depuis 1893, conclut : En solution à 1 ou 2 0/0, c'est l'antiseptique chirurgical le plus énergique fourni actuellement par la chimie organique. Il égale, à peu de chose près, le sublimé au millième pour la destruction des spores charbonneuses et lui est équivalent pour le reste. Il est d'une toxicité minime, très inférieure non seulement à celle des sels mercuriels, mais encore à celle du phénol et des crésols, lysol, solvéol, etc. Sur le lysol et la créoline, il possède l'avantage de fournir des solutions limpides, presque incolores et d'une odeur moins désagréable. Il peut s'employer pour la désinfection des mains et des instruments.

Le *chlorosalol* est fabriqué sous la forme de combinaisons isomères, l'ortho et le parachlorosalol. L'un et l'autre sont des corps finement cristallisés, de couleur blanche, insolubles dans l'eau, mais très solubles dans l'alcool et l'éther. Ils possèdent des propriétés identiques. Les seules différences à noter sont que le premier a son point de fusion à 53°, le second à 71° et que celui-ci est sans goût et sans odeur, tandis que celui-là possède une odeur assez forte ressemblant à celle du salol. Greg. Karpow a trouvé aux chlorosalols une action antiseptique beaucoup plus forte que celle du salol. Dans l'organisme, ils sont décomposés en acide salicylique et chlorophénol qu'éliminent les urines. Le chlorosalol peut être administré à l'intérieur sans inconvénient, à la dose quotidienne de 4 à 6 grammes. Girard résume ses expériences cliniques ainsi : le chlorosalol est, à tous égards, supérieur au salol et le détrônera prochainement dans toutes ses indications. J. B.

Traité de chirurgie cérébrale, par A. BROCA et P. MAUBRAC (*1 vol. in-8°, 582 p., 72 fig., Paris, 1896*).

Dans cet ouvrage, les auteurs ont entrepris de rassembler les documents, déjà nombreux, qui depuis quelques années ont été accumulés sur la chirurgie cérébrale. Ils l'ont fait avec grande exactitude, et l'abondance des indications bibliographiques ne nuit pas à leur précision. Les observations prises dans la littérature sont résumées au bas des pages, à l'endroit où elles intéressent le lecteur, et ne sont pas alignées pêle-mêle dans des tableaux.

Le livre est divisé en deux parties, générale et spéciale. Dans la première, on trouvera les données utilisables dans tous les cas de chirurgie cérébrale : anatomie descriptive et topographique des circonvolutions, localisations cérébrales, indications symptomatiques, manuel opératoire et dangers de ces interventions. La description des circonvolutions est reproduite d'après l'enseignement de P. Broca et des figures inédites, dues à E. Brissaud, la rendent facile à suivre.

En tête de la partie spéciale, viennent les lésions traumatiques. Les auteurs s'y prononcent en faveur de la trépanation pour les enfoncements sans plaie; par contre, ils déconseillent la recherche des balles de revolver; ils insistent longuement sur les variétés anatomiques, les symptômes et le traitement des épanchements sanguins intracrâniens; on trouvera dans ce chapitre une étude sur les épanchements à l'intérieur de la dure-mère.

Le chapitre relatif aux complications intracrâniennes des otites est un plaidoyer convaincant en faveur des interventions par voie mastoïdienne : nous n'insistons pas, car les travaux de Broca sur ce point ont déjà été analysés dans la *Revue*. Pour le traitement curatif des tumeurs, nous signalerons le soin avec lequel les auteurs, après une étude d'ensemble, ont cherché à analyser les résultats, en tenant compte de la variété de la tumeur. Le traitement palliatif, dont les indications sont plus fréquentes que celles du précédent, est l'objet d'un chapitre développé; il semble que, d'une manière générale, la trépanation simple doive être préférée aux interventions plus complexes.

Dans les chapitres suivants, notons l'étude sur les indications et les résultats opératoires dans les encéphalopathies atrophiques de l'enfance; mentionnons le peu d'enthousiasme des auteurs pour le traitement chirurgical des méningites, de l'hydrocéphalie, de la microcéphalie. Pour l'épilepsie, ils sont partisans de l'opération en cas de crises jacksoniennes, mais ne s'y rallient guère pour l'épilepsie généralisée.

Ce livre est écrit en ayant pour base 31 observations personnelles de Broca. P. B.

Beiträge zur Gehirnchirurgie, par F. HÄNEL (*Deutsche med. Woch., n° 37, p. 601 1895*).

1° Homme de 34 ans, frappé sur le côté droit de la tête par l'angle d'une planche tombant d'une hauteur de 14 mètres. Fracture comminutive et déchirure des méninges. H. enlève les fragments d'os et les cheveux mêlés à la substance cérébrale. Pansement compressif à la gaze iodoformée, le trou

cranien présente l'étendue d'un thaler. Dans les pansements qui suivent, on constate une hernie du cerveau qui atteint le volume d'un demi-poing d'adulte et finit par rentrer dans le crâne; 3 mois après, la cicatrisation est complète et l'auteur fait une trépanation pour combler la perte de substance à l'aide d'un lambeau osseux pris à la face postérieure du crâne. Cette opération guérit par première intention. Le blessé conserve des troubles de la sensibilité et de la mobilité qui ne sont pas modifiés 2 ans 1/2 après l'opération et paraissent définitifs.

2° Garçon de 13 ans, s'était frappé la tête dans la région de la bosse frontale droite contre l'angle d'un poële. Des phénomènes de paralysie localisée au côté gauche avec fièvre déterminent l'auteur à faire la trépanation au niveau de la plaie. On constate du pus sur le trajet de la plaie jusqu'à la face interne du crâne; incision du cerveau sur un point qui ne présente pas de pulsation et ouverture d'un abcès gros comme une noisette. Amélioration pendant quelques jours, puis réapparition des accidents. A l'aide de nouvelles incisions exploratrices dans le cerveau, on ouvre un second abcès d'où s'écoule un verre de pus; après une nouvelle amélioration, des accidents se reproduisent revêtant la forme de convulsions très violentes; nouvelles incisions exploratrices du cerveau ; on trouve à une profondeur de 3 centim. 1/2 un nouveau foyer qui donne une demi-cuillerée de pus. Guérison définitive, le blessé n'a conservé aucun trouble et peut travailler. H. DE BRINON.

Results of surgical measures in a series of cerebral cases, par A. GIBSON (*The Lancet, p. 1507, 14 décembre 1895*).

1° Un homme se plaignait de céphalalgie persistante et de parésie du bras et de la jambe gauche : le côté gauche de la face était parésié et le langage était indistinct ; la douleur siégeait au niveau de la zone motrice droite. Annandale trépana au tiers moyen de cette zone et enlèva un glio-sarcome volumineux. Guérison et retour de la motilité ;

2° Un homme de 30 ans, syphilitique, était paralysé de tout le côté gauche : il tomba dans le coma. A. Thomson trépana au milieu de la région Rolandique ; rien d'anormal ne fut découvert et le patient mourut le 3e jour. A l'autopsie, tumeur du corps strié droit ;

3° Une femme se plaignait de céphalalgie, de vertiges, de difficulté de la marche ; on notait du nystagmus, de l'exagération des réflexes rotuliens, de la démarche titubante, etc. Annandale enlève une tumeur située à la base du lobe latéral droit du cervelet. Guérison complète ;

4° Hémiplégie infantile avec convulsions : trépanation ; on ne découvre rien d'anormal ; pas de changement après l'opération dans l'état du malade ;

5° Femme de 47 ans, souffrant d'attaques convulsives : on supposa l'existence d'un foyer d'irritation dans l'écorce du côté droit. Cotterill intervient sans rien découvrir. Mort le 2e jour. A l'autopsie, lésions de paralysie générale. MAUBRAC.

La chirurgie du cerveau, par E. DOYEN (*Arch. prov. de chir., p. 689, novembre 1895*).

Ouvrir le crâne comme on ouvre l'abdomen, mettre à découvert et explorer, en cas de diagnostic incertain, tout un hémisphère cérébral du front à l'occiput, telle est la méthode professée par l'auteur. Il incise la peau de la bosse nasale à la protubérance occipitale ; latéralement, il prolonge la section vers l'arcade zygomatique en avant et en arrière vers le pavillon de l'oreille. L'artère temporale et ses principales branches

occupent le pédicule de ce lambeau. Puis ouverture du crâne en 5 ou 6 points, en dehors du sinus longitudinal supérieur, au-dessus du sinus latéral et en bas de la fosse temporale. Pour cette ouverture, D. emploie une fraise d'un modèle spécial, qui peut être maniée soit avec un vilbrequin comme les anciennes couronnes de trépan, soit mieux avec un moteur électrique relié par un cordon souple à billes. Les fraises, même à la vitesse de 3,000 tours à la minute, peuvent atteindre la dure-mère sans la blesser.

Pour sectionner les ponts osseux intermédiaires, D. propose une pince emporte-pièces d'une grande puissance maniée à la main ou des mortaiseuses dentées, actionnées par un moteur électrique. Pour permettre la réapplication du fragment osseux, il conseille de ménager vers le bregma une ou deux travées pour les trancher en biseau, afin que le lambeau osseux remis en place ne puisse s'enfoncer dans le crâne. L'écaille du temporal et du pariétal est fissurée en deux ou trois coups de maillet et le lambeau ostéo-cutané rabattu sur l'oreille, en évitant autant que possible la déchirure de la méningée moyenne, souvent enclavée chez l'adulte dans de petits ponts osseux.

Pour ouvrir la dure-mère, D. propose de pratiquer de bas en haut, entre les branches de l'artère méningée, des sections curvilignes parallèles, de manière à explorer toute la surface de l'hémisphère mis à nu. Après avoir extirpé les caillots ou la tumeur, on referme le crâne en remettant en place le volet ostéo-cutané. Une telle craniotomie n'offre pas plus de gravité qu'une laparotomie exploratrice. F. VERCHÈRE.

Cystic tumor of the brain (cerveau), par STIEGLITZ (*Med. news, p. 499, 2 novembre 1895*).

S. présente une jeune femme qu'il a opérée en 1893 d'un kyste du cerveau (*R. S. M.*, XLIII, 218). Durant les deux années qui se sont écoulées depuis l'opération, la malade alla bien, recouvra l'usage de son bras, mais eut quelques crises d'épilepsie focale, intéressant, du côté gauche, la main, le bras et la moitié de la face. En mars 1895, elle se plaignit de douleurs dans la tête, de faiblesse progressive du bras, et de la fréquence plus grande des crises convulsives (3 à 4 par jour). On diagnostiqua une récidive et, en avril, Gerster pratiqua la trépanation. Au siège de l'ancien kyste, on trouva une masse brunâtre, grosse comme une aveline. Cette tumeur fut enlevée avec le tissu voisin, dans lequel elle s'infiltrait. La guérison fut rapide. Dans les six mois qui ont suivi, on n'a pas noté une seule crise convulsive : la paralysie du bras et de la main a disparu, sauf dans l'index gauche et le pouce; quelques troubles du sens musculaire persistent.

L'examen de la tumeur montra les détails suivants : l'ancienne paroi kystique était ratatinée sur elle-même, et, sur un point de cette paroi, était un petit sarcome à cellules fusiformes. L'infiltration du tissu cérébral permet de pronostiquer une récidive très probable. MAUBRAC.

Erfolgreiche Exstirpation eines Endothelioms des sulcus Rolando (Endothéliome du sillon de Rolando : extirpation; guérison), par O. KAPPELER (*Deutsche Zeitschr. f. Chir., XL, 5-6, p. 500-512, 1895*).

Un forgeron, âgé de 43 ans, vigoureux, sans antécédents syphilitiques ou tuberculeux, avait reçu un coup sur la tête, 20 ans auparavant. Il avait éprouvé une légère faiblesse dans la jambe et le bras droits, puis, plus tard, des pertes

de connaissance, douleurs dans le bras, mouvements convulsifs de la main; après les crises, le malade ressentait un embarras de la parole et des maux de tête.

Étant donnés les antécédents du sujet, l'auteur diagnostiqua une épilepsie jacksonienne typique, provoquée par une tumeur de la région supérieure du sillon de Rolando. Kappeler fit une trépanation ostéoplastique, et, la dure-mère à peine incisée, il vit une tumeur de la grosseur d'un œuf, qu'il put énucléer sans l'aide d'aucun instrument. Les suites de l'opération furent heureuses ; quelques convulsions au début, qui disparurent très vite ; quatre mois après, le malade était complètement rétabli. L'examen histologique montre qu'il s'agissait d'un endothéliome, dont le point de départ devait être dans les enveloppes du cerveau. M. B.

Case of hydrocephalus : trephining, opening of the fourth ventricle; recovery, par GLYNN et Thelwall THOMAS (*The Lancet, p. 1046, 26 octobre, et p. 1106, 3 novembre 1895*).

Un jeune homme de 18 ans est admis à l'hôpital le 15 mars 1895. Il y a 18 mois, il a commencé à souffrir d'étourdissement, de céphalalgie, de douleurs occipitales ; puis le vertige est devenu à ce point intense que le malade tombe fréquemment et presque toujours à droite. La mémoire, la vue, l'ouïe ont de beaucoup diminué. Depuis 6 mois il souffre d'insomnie, et depuis 3 semaines, il n'ose plus quitter son lit à cause des vertiges qu'il éprouve aussitôt. Sa tête a 65 centimètres de circonférence, le pouls est à 66. Léger nystagmus, pupilles sensibles ; on constate de la névrite optique double ; le goût et l'odorat sont normaux. La douleur occipitale devint tellement violente, en même temps que tous les autres phénomènes s'aggravaient, qu'on se décida à intervenir du côté du cervelet où l'on supposait que siégeait une lésion.

Le 17 avril, on trépane l'occipital, opération rendue laborieuse en raison d'une hémorragie abondante due aux veines émissaires venant des sinus occipital et latéral ; la dure-mère bombe à l'extérieur : on l'incise, et on explore du doigt, sans rien découvrir, la surface inférieure du lobe droit, du procès vermiforme et une partie du lobe gauche ; une membrane qui séparait du 4ᵉ ventricule est facilement déchirée et on constate que la paroi du ventricule est normale ; un flot de liquide s'échappe lorsque le doigt est retiré ; la repiration difficile jusqu'alors s'améliore aussitôt. Pas de drainage intra-cranien. Le patient se releva très facilement de l'opération ; la céphalalgie a disparu sitôt après l'opération. Convalescence sans accident.

L'opéré se leva le 41ᵉ jour ; le 63ᵉ jour il quittait l'hôpital, marchant sans ataxie, voyant très nettement, et se déclarant lui-même tout à fait guéri.

Actuellement 6 mois sont écoulés, l'état de l'opéré est apparemment tout à fait bon. MAUBRAC.

Three operations for the relief of traumatic epilepsy, par John A. DAVIS (*Med, news, p. 517, 9 novembre 1895*).

Le premier cas concerne un homme de 30 ans, atteint de convulsions épileptiformes à la suite d'un traumatisme de la partie postérieure de la tête. Au point atteint, dans la région occipitale gauche, entre le méat externe et la protubérance occipitale, au-dessus du sinus latéral, on trépane : on découvre une exostose avec ramollissement de consistance caséeuse du tissu osseux ; les convulsions n'ont plus reparu ; la guérison se maintient depuis deux ans et demi.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'un homme de 35 ans, qui en octobre 1892

a reçu un coup sur le pariétal droit; 2 mois après, on notait des convulsions, de la parésie et bientôt de la paralysie du membre supérieur gauche; en avril 1893, on dut interner le malade dans un asile d'aliénés. En septembre 1893, la céphalalgie était intense, les convulsions très nombreuses; le 5 septembre, on trépane au tiers supérieur du sillon de Rolando; la dure-mère adhérait à l'os : on l'incise, et du pus (peut-être contenu dans un kyste?) s'échappe; guérison de tous les accidents (convulsions, céphalalgie, folie). Le 16 septembre, tous les accidents reparaissent : la plaie est ouverte, et on évacue du pus qui s'était de nouveau accumulé. Malgré quelques complications (hernie cérébrale), le patient guérit, et actuellement, 2 ans après l'opération, la paralysie de la jambe et du bras a disparu, à l'exception de la paralysie du deltoïde et des extenseurs de la main, mais plus de convulsions et état mental tout à fait sain.

Le dernier cas est celui d'une femme de 22 ans qui, en patinant, tomba et se heurta violemment la partie postérieure de la tête. Un an après elle était morose, irritable, atteinte de mélancolie extrême, souffrant de céphalalgie, de convulsions (2 par jour), d'insomnie, d'amaigrissement, etc. La pression de l'occipital était très douloureuse. Trépanation de l'occipital le 15 octobre 1894: l'os est très épaissi et vasculaire, le cerveau parait sain, mais la tension intra-cranienne est très augmentée. Guérison très rapide de tous les phénomènes moteurs et intellectuels; 8 mois se sont écoulés, et l'état de la malade reste excellent. MAUBRAC.

Traumatisme rachidien et hyperpyrexie, par LAMBOTTE (*Annales Soc. belge chir.*, *15 novembre 1895*).

Femme de 40 ans. Chute à la renverse sur une barre fixe. Vive douleur au niveau de la 6e vertèbre cervicale. Paralysie des membres inférieurs et de tous les muscles du tronc jusqu'aux aisselles. Outre ces phénomènes, on a relevé la marche suivante de la température : A 7 heures du soir, c'est-à-dire une demi-heure après l'accident : T. 36°,5. Le lendemain, à 7 heures du matin : T. 39°. A midi : T. 41°,2. A 8 heures : T. 42°,3. A 10 heures : T. 43°. Mort. Le lendemain matin, le cadavre n'était pas complètement refroidi.

L'autopsie a démontré qu'il existait au niveau de l'articulation de la 6e cervicale avec la 7e un diastasis complet, les méninges étaient intactes et la moelle était réduite en une sorte de bouillie sur une hauteur d'un travers de doigt.

D'après l'auteur, ce fait, en ce qui concerne la température, établit l'existence d'un centre thermique à la région inférieure de la moelle cervicale et démontre le rôle de ce centre sur la calorification dans les conditions physiologiques. OZENNE.

Zur Operation der Geschwülste des Wirbelcanals, par KÜMMELL (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 30*, *p. 665*, *29 juillet 1895*).

Homme de 45 ans auquel Kümmell avait enlevé un sarcome à petites cellules du sacrum; un an plus tard, symptômes indiquant une tumeur du canal vertébral à la hauteur des 2e et 3e vertèbres thoraciques.

Le canal vertébral incisé, on vit se projeter au dehors une tumeur sanguine, grosse comme une pomme, qui avait réduit le volume de la moelle, en la comprimant, à celui du petit doigt. Extirpation, avec la curette et la gouge, de la tumeur des parois du canal vertébral. L'opération fut immédiatement suivie d'un amendement des phénomènes paralytiques et des troubles de la sensibilité et l'homme, bientôt guéri, put reprendre son métier. J. B.

On endothelioma of the spinal dura mater : operation, par J. Mitchell CLARKE (*Brain, LXX et LXXI, p. 256, 1895*).

Homme de 28 ans, sans antécédents morbides. Début en septembre 1891, par de l'engourdissement et des fourmillements dans les mains, puis affaiblissement des jambes : impotence fonctionnelle deux mois après et commencement d'atrophie musculaire. En même temps, apparition du syndrôme syringomyélique, diminution du tact et abolition complète de la sensibilité thermique.

Les signes constatés pendant son séjour à l'hôpital sont une paraplégie incomplète, avec diminution de la force des membres supérieurs, atrophie musculaire notable et perte de la contractilité faradique, anesthésie diffuse, conservation et exagération des réflexes tendineux. Ce dernier symptôme fit penser à une compression de la moelle par une tumeur extérieure, située dans la région cervicale du rachis. La laminectomie fut pratiquée et montra une tumeur volumineuse de la dure-mère étendue de la 4ᵉ à la 7ᵉ vertèbre cervicale. La mort survint quelques heures après l'opération, en partie par la perte de sang qu'avait subie le malade.

Il s'agissait d'un endothéliome de la dure-mère : la moelle était à ce niveau presque totalement détruite. H. R.

Sur un cas de résection totale du sacrum pour ostéite à forme nécrotique....., par ROCHET et GOURDIAT (*Gaz. hebd. Paris, 21 décembre 1895*).

Jeune fille de 16 ans, atteinte d'une nécrose étendue du sacrum. Malade très amaigrie; incontinence d'urine et de matières fécales; parésie des membres inférieurs avec élancements douloureux; marche impossible. Incision en T, ablation d'un volumineux sequestre, comprenant les troisième, quatrième et cinquième sacrées; ablation du coccyx et des autres parties du sacrum, également nécrosées, par morcellement. Le sacrum tout entier, y compris les ailerons, est enlevé. Les émergences nerveuses respectées, de même que la partie terminale de la moelle, se voient dans la plaie au fond de laquelle on aperçoit le rectum. Aucun accident dans la suite. La plaie s'est peu à peu rétrécie transversalement et s'est transformée en une gouttière profonde, continuant le sillon inter-fessier. Au fond de cette gouttière, il persiste une ulcération, laissant apercevoir à nu la moelle, dont le moindre contact est douloureux. L'incontinence urinaire et fécale a peu à peu disparu; toutefois des besoins impérieux d'uriner et de déféquer se sont longtemps fait sentir. Quant aux troubles de la sensibilité de la locomotion, ils ont également disparu après l'opération, qui n'a pas altéré la solidité de la ceinture pelvienne; la malade marche facilement, mais avec un léger dandinement du tronc, le ventre porté en avant; on note une légère ensellure lombaire. L'état général s'est complètement transformé depuis l'intervention. OZENNE.

Ergebnisse der intracraniellen Trigeminusresection, par Fedor KRAUSE (*Berlin klin. Woch., n° 22, p. 489, 3 juin 1895*).

Krause reproche à l'opération de W. Rose (*R. S. M.*, XLIII, 643) de ne pas fournir l'assurance que la totalité du ganglion de Gasser a été enlevée, et de faire l'ouverture du crâne avec la tréphine trop près de la trompe d'Eustache, qui a été lésée par Rose, même deux fois, et par d'autres chirurgiens, d'où méningites mortelles.

Krause a pratiqué sa propre opération (*R. S. M.*, XLIII, 221) 8 fois et n'a eu qu'un décès chez un cardiaque de 72 ans, le sixième jour. D'autre

part, Tiffany l'a faite 7 fois, Frank Hartley et Korteweg chacun 4 fois, toujours avec issue favorable.

Il y a toutefois à éviter deux accidents : les hémorragies et la compression du cerveau. Le décollement de la dure-mère de la base du crâne s'accompagne d'une hémorragie profuse, en nappe, due aux veines qui ont la structure des sinus et à des émissaires de Santorini de calibre faible. Il faut, de temps à autre, interrompre l'opération et tamponner mollement la plaie avec de la gaze stérilisée, qu'on aura soin de serrer de haut en bas vers la base du crâne, pour ne pas comprimer le cerveau. Il est arrivé une fois à Krause, comme à Finney, de blesser le sinus caverneux ; mais l'un et l'autre opéré ont guéri. Chez un autre malade de Krause, c'est la ligature de l'artère méningée moyenne qui s'est défaite ; il a arrêté l'hémorragie en laissant trois jours en place dans le trou épineux un tampon de gaze iodoformée.

Les 8 opérés avaient un âge variable de 36 à 72 ans.

Sur les résultats immédiats, Krause peut fournir les renseignements suivants : 22 opérations d'après la méthode de W. Rose ont donné 18 guérisons et 4 morts; 51 opérations d'après la méthode Krause (dans la plupart desquelles on s'est borné à la résection intra-cranienne des deux dernières branches du trijumeau, sans enlever le ganglion, ce qui ne modifie pas sensiblement le pronostic) ont donné 46 guérisons contre 5 décès.

En ce qui touche aux résultats finaux, Krause n'a pas encore observé de récidives après l'extirpation du ganglion de Gasser ; ses plus anciennes opérations remontent à deux ans et trois mois et deux ans ; quelques-uns des opérés de Rose restent guéris depuis cinq ans.

Von Beck signale que Czerny a fait trois fois avec succès la résection intra-craniennne des 2e et 3e branches du trijumeau, sans enlever le ganglion de Gasser. Dans 2 cas, la disposition de l'artère rendit difficile l'opération. Au lieu de se trouver dans un canal osseux, elle passait sur un pont osseux. Chez l'un des opérés, elle se rétracta dans le trou épineux et, malgré le tamponnement, l'hémorragie fut intense ; dans la 5e semaine, survinrent de la fièvre et des vomissements qui se répétaient de quinzaine en quinzaine, de la suppuration de la fosse moyenne du crâne et une otite moyenne séreuse. Il fallut réintervenir. Le lambeau osseux était nécrosé, il n'y avait pas d'épanchement dans la fosse moyenne, mais le cerveau était distendu, et la dure-mère anémique ; on dut enlever le lobe temporal, ramolli. Chez l'autre opéré, au lieu de lier l'artère, on la tordit ; au bout de 12 jours, le cerveau étant comprimé par une hémorragie, on dut rouvrir le crâne et vider la fosse moyenne remplie de sang.

Kœnig estime nécessaire d'indiquer que cette opération est dangereuse, parce qu'on ne possède aucun procédé infaillible de ligature dans la profondeur ; il a perdu son premier opéré d'hémorragie. J. B.

Deux kystes congénitaux du raphé génito-périnéal....., par F. LEJARS (*Gaz. hebd. Paris*, *7 décembre 1895*).

1° Enfant de 13 ans. Traumatisme sur le scrotum il y a deux ans ; gonflement consécutif et persistance en arrière d'une tumeur molle, indolente, de la grosseur d'une noix qui, depuis quelques mois, s'est accrue de volume et est devenue fluctuante ; elle siège sur le milieu de la région périnéo-scrotale.

Ablation de cette tumeur dont la paroi très mince se rompt pendant l'opération et laisse échapper un liquide clair et séreux. L'examen histologique de la paroi a démontré qu'elle était de nature fibreuse et tapissée d'épithélium plat.

2° Jeune homme de 18 ans. A sa naissance on constate, au niveau du raphé génito-périnéal, un petit point blanc. A l'âge de 7 ans apparaît une petite tumeur qui grossit assez vite et que l'on traite successivement par une injection de teinture d'iode et plus tard par l'application d'un séton. Depuis lors, écoulement d'un liquide blanchâtre, laiteux, chaque matin, la cavité se remplissant dans la journée.

Les deux orifices s'étant obstrués, la tumeur a pris le volume du poing et, les téguments s'étant déchirés, un liquide purulent, infect, s'en est écoulé; un trajet fistuleux a persisté.

Actuellement la tumeur, située en arrière et au-dessous des testicules, est ovoïde, bien circonscrite, fluctuante et mobile sous les téguments; elle est prolongée en haut par un pédicule médian dur, douloureux à la pression, qui va se perdre entre les branches ischio-pubiennes. Ablation de cette tumeur qui contenait un liquide louche, fétide, de couleur foncée; section du pédicule formé par un tractus blanchâtre, non canaliculé. Réunion par première intention. A l'examen histologique on a noté les caractères des kystes dermoïdes.

OZENNE.

Sur la ponction et l'incision du péricarde, par DELORME (*Gazette des hôp.*, *24 décembre 1895*).

Pour la ponction, l'auteur recommande une petite incision sur le bord sternal gauche au niveau du cinquième espace, ou du quatrième espace si le cinquième est trop étroit; l'aiguille de l'aspirateur est ensuite engagée au ras du sternum, elle suit exactement le bord sternal, puis la face postérieure de cet os dans une étendue d'un centimètre : cela fait, elle est poussée directement en bas et un peu en arrière à une profondeur de quelques centimètres, jusqu'à ce que le liquide pénètre dans l'aspirateur; l'aiguille, longeant la face antérieure du cœur, pénètre dans le sinus péricardique antéro-inférieur, limité par le cœur en haut, le péricarde en avant, le diaphragme en bas.

Pour l'incision, il faut décoller et récliner le bord pleural gauche, recherché de parti pris derrière le sternum. Pour se créer le jour nécessaire, il faut exciser à la pince gouge deux centimètres des cinquième et sixième cartilages, à partir du bord sternal : puis on décolle le bord de la plèvre avec le triangulaire, les vaisseaux mammaires et les parties molles pariétales.

Ces procédés semblent mettre sûrement à l'abri de l'ouverture de la plèvre gauche. MAUBRAC.

Ligature of both external iliac arteries by transperitoneal method, par MAKINS (*The Lancet, p. 1364, 30 novembre 1895*).

Un homme de 34 ans était atteint d'anévrisme ilio-fémoral. Makins lui lia l'artère iliaque externe. Trois mois après, le malade revint, se plaignant de douleur dans l'aine du côté opposé, où l'on trouva une tumeur pulsatile; on pratiqua la ligature de l'autre artère iliaque externe; la circulation se rétablit plus promptement que lors de la première opération, ce qui était peut-être dû à ce que la ligature du côté opposé avait déjà préparé la dilatation des artères du côté opéré en dernier lieu. Guérison. MAUBRAC.

Rétrécissement cicatriciel infranchissable, gastrostomie et dilatation par l'air comprimé, par JABOULAY (*Lyon méd., 22 décembre 1895*).

Jeune fille atteinte de rétrécissement infranchissable de l'œsophage à la suite d'ingestion accidentelle d'une solution de potasse. Gastrostomie 2 mois après l'accident. Dilatation progressive arrivée en 2 mois au n° 24 ; mais à ce moment la dilatation est devenue fort pénible. J. imagina alors de faire passer une sonde portant un manchon de caoutchouc susceptible d'être gonflé par insufflation ; la partie dilatable de la sonde était passée jusqu'au delà du rétrécissement, le ballon était gonflé par une pompe à air. La sonde retirée lentement forçait le manchon à s'insinuer de bas en haut à travers le rétrécissement. Cette dilatation élastique n'est pas douloureuse et est très efficace ; en peu de jours, l'œsophage arriva à un calibre de 2 centimètres. La fistule de l'estomac a été longue à se fermer. A. CARTAZ.

Oesophagotomie mit vorhergehender Strumectomie wegen verschluckten Gebisses, par F. DUMONT (*Corresp.-Blatt für schweiz. Aerzte, n° 11, p. 426*, 1er *juin 1895*).

Épileptique goitreux âgé de 43 ans ; dans une attaque, il avale une pièce de dentier. Le corps étranger se trouvait à 20 centimètres et demi de l'arcade maxillaire. Plusieurs tentatives d'extraction avec le panier de de Graefe ayant été infructueuses, 7 jours après l'accident, Dumont fit l'œsophagotomie externe de Guattani. Dumont, vu le volume du lobe gauche du corps thyroïde, fut obligé, au lieu de l'écarter, de l'extirper pour pénétrer plus profondément. En essayant d'extraire le corps étranger avec une pince à artères, on ne réussit qu'à briser une des dents de la pièce. Il fallut plusieurs tentatives pour réussir, parce que le dentier était implanté en travers, dans la paroi œsophagienne, par les crochets de ses deux extrémités, distantes de 4 centimètres l'une de l'autre. Fermeture de la plaie de l'œsophage par des sutures épinglées à la soie. Fermeture de la fistule deux mois après l'opération.

D'après Egloff (*Beitraege für klin. Chirurg.*, XII), les dentiers constituent 62 0/0 des corps étrangers de l'œsophage. J. B.

Diagnostic et traitement de la perforation de l'estomac et du duodénum, par C.-A. BLUME (*Nordiskt med. Arkiv, XXVII, 21*).

Dans la première partie de son travail, B. donne l'analyse de 27 cas de perforation sans intervention chirurgicale ; 20 morts, 7 guérisons. Il y eut dans tous les cas péritonite et trois fois propagation de l'infection à travers le diaphragme (pleurésie et péricardite). Le traitement comprend : l'administration d'opiacés à hautes doses, par ingestion ou injection, glace à l'intérieur et lavements nutritifs.

Les 17 cas opérés, qui font l'objet de la seconde partie, comprennent :

a) Perforation de l'intestin dans la région du pylore et du duodénum, 3 cas, 1 guérison ;

b) Perforation de la paroi postérieure, 1 cas, 1 guérison ;

c) Perforation de la paroi antérieure, 4 cas, 1 guérison ;

d) Perforation au voisinage du cardia, 9 cas, 3 guérisons.

A. CARTAZ.

Die Behandlung der durch rundes Magengeschwür..... (Traitement de la péritonite due à une perforation de l'ulcère stomacal), par K. SCHUCHARDT (*Arch. f. klin. Chir., L, 3, p. 615-625, 1895*).

L'auteur a observé deux cas de péritonite purulente due à la perforation d'un ulcère stomacal. Il s'agissait de jeunes filles chez lesquelles rien ne pouvait faire soupçonner l'existence d'un ulcère.

L'auteur a fait la laparotomie dans les deux cas ; l'une des malades est morte; l'autre a guéri. La perforation de l'estomac a été fermée par 15 à 20 points de suture. L'auteur n'hésite pas à nourrir les malades par la bouche après l'opération, et renonce aux lavements alimentaires. Les premiers jours, il ne donne que du bouillon et du vin. Il interdit le lait, qui forme des grumaux qui pourraient faire céder les sutures.

MARCEL BAUDOUIN.

I. — Ueber die chirurgische Behandlung der Magenkrankheiten. Discussion de la Société de médecine interne (*Berlin. klin. Woch., n° 23, p. 510, 10 juin 1895*).

II. — Discussion du 24e Congrès des chirurgiens allemands sur les opérations stomacales (*Ibid., n° 22, p. 488, 3 juin 1895*).

III. — Gastroenterostomie wegen schmerzhaften Magengeschwürs ohne Stenosenerscheinungen, par A. CAHN (*Ibid., n° 28, p. 609, 15 juillet 1895*).

I. — *Pariser* estime que l'opération de Bircher (gastroplicature), en cas de dilatation de l'estomac par *ulcère* du pylore, n'est utile qu'autant que la tunique musculeuse de l'organe possède encore une réserve de forces ; pour s'en assurer, il suffit d'alimenter exclusivement le malade par le rectum, durant une quinzaine ; si, au bout de ce temps, l'estomac s'est ratatiné, c'est la preuve que sa musculature est encore contractile.

Quant au traitement de l'ulcère gastrique, ulcéré et ouvert dans la cavité abdominale, à l'inverse de Rosenheim, qui considère l'opération comme une dernière ressource, Pariser l'envisage comme la première chose à faire. Il en a trouvé dans la littérature 43 cas, dont 10 suivis de guérison ; un opéré a succombé deux mois plus tard à une pleurésie purulente. Sur 29 malades, on a compté 25 femmes, ce qui atteste la plus grande fréquence de ces perforations dans le sexe féminin. 29 fois, l'ulcère siégeait sur la paroi antérieure, 6 fois sur la postérieure, 2 fois sur la petite courbure.

L'opération n'a des chances de succès qu'autant qu'elle est faite dans les 10 premières heures, que l'ulcère est vite trouvé, que l'opéré n'est pas dans le collapsus et que son estomac est vide. D'autre part, la guérison spontanée des ulcères gastriques ouverts dans la cavité péritonéale est possible ; aux 14 cas de la littérature, Pariser en ajoute un quinzième. La statistique prouve même que certains ulcères récemment perforés, l'estomac étant vide, guérissent mieux sans intervention chirurgicale.

Boas déclare avoir fait pratiquer par les chirurgiens 16 opérations stomacales, dont 2 pour rétrécissements bénins du pylore. L'un de ces 2 malades avait de fortes adhérences ; mais leur section n'a pas diminué la gastrectasie. L'autre, qui a été opéré suivant la méthode de Heinicke et Mikulicz, a considérablement augmenté de poids. Les 14 autres ma-

lades étaient atteints de cancer gastrique. Chez l'un, Körte a pu complètement enlever la tumeur et le résultat a été parfait, s'accusant par une augmentation de 25 kilos en deux mois. 8 malades ont subi la gastroentérostomie, 6 par Hahn, 1 par Israel et 1 par Schleich. Ce dernier opéré a succombé dans le collapsus le 3e jour. Celui d'Israel, après avoir joui pendant un certain temps d'une parfaite santé, est mort. Un des malades de Hahn, opéré il y a deux mois, a repris son travail, mais la sécrétion chlorhydrique n'a pas reparu. Un autre a survécu 8 mois. Une femme, après avoir bénéficié de l'opération, a été emportée par une diarrhée incoercible; les 3 autres opérés de Hahn sont morts de faiblesse peu après la gastroentérostomie; en somme, sur les 8 opérés, 3 ont eu une survie de plusieurs mois, sans souffrances. Enfin, chez 5 malades, on n'a pu faire autre chose qu'une laparotomie exploratrice. Même pour les rétrécissements bénins du pylore, qui nécessitent une intervention chirurgicale, c'est la gastro-entérostomie qui est l'opération idéale, vu l'état du muscle gastrique.

Miessner préconise aussi la gastro-entérostomie pour toutes les dilatations stomacales, qu'elles soient causées par un rétrécissement bénin ou malin, dès qu'on a reconnu l'inefficacité des médications internes.

Rosenheim signale, comme permettant avec beaucoup de probabilité le diagnostic d'une périgastrite adhésive, l'existence d'une sensibilité exquise et d'une sensation de pression à la face antérieure de l'estomac, en un point où ne siègent pas d'ordinaire les ulcères.

II. — *E. Hahn* a fait, dans les deux dernières années, 40 opérations sur l'estomac, dont 27 gastro-entérostomies, 7 gastrectomies, 3 gastrostomies et 3 libérations d'adhérences des organes voisins. 2 malades ont été l'objet d'une résection de l'estomac combinée avec la gastroentérostomie de Billroth ; un autre a subi tour à tour la pylorectomie, la gastro-entérostomie et la libération d'adhérences, en sorte que les 40 opérations correspondent à 36 malades. 5 des opérés ont succombé, dont 1 après la gastrectomie et 4 après la gastro-entérostomie. De ces 4 derniers, 1 seul a succombé à l'inanition; 2 sont morts dans les trois premières semaines, d'hémorragies dues à leur cancer, et 1 a été enlevé par une embolie pulmonaire. Dans aucun cas, les sutures ne se sont montrées insuffisantes et jamais il n'y avait trace de péritonite. Hahn a toujours fait la gastro-entérostomie de Wölfler, avec abouchement dans la paroi antérieure, de manière que les mouvements péristaltiques de l'estomac et du bout inférieur de l'intestin se produisent dans le même sens. Il attache de l'importance à ce que la suture de l'intestin soit appliquée exactement à l'opposite de l'insertion au mésentère, que le bout efférent de l'intestin soit dirigé à droite et qu'on pratique des lavages stomacaux, au plus tard après vingt-quatre heures.

Bien que de ses 7 derniers gastrectomisés, Hahn n'en ait perdu qu'un, en employant l'ancienne méthode de résection avec union directe du duodénum à l'estomac, il a toujours éprouvé un sentiment d'insécurité, notamment en ce qui concernait la suture postérieure et le point d'intersection des trois sutures ; la tension est souvent extrême et l'application d'une suture exacte est très difficile. La méthode opératoire de Kocher apporte peu de changements à cet état de choses ; elle supprime uniquement le point de rencontre des sutures en forme d'Y, mais la distension

n'est pas moindre, et c'est toujours le duodénum que, malgré la minceur de ses parois, il faut unir à l'estomac, de calibre beaucoup supérieur. On évite tous ces inconvénients en recourant, même pour les plus petites résections, à la méthode préconisée par Billroth dans les cas où il est impossible d'unir le duodénum à l'estomac, c'est-à-dire à la gastro-entérostomie.

III. — Cahn est partisan de faire la gastroentérostomie chez les malades souffrant depuis longtemps d'un ulcère gastrique, alors même que celui-ci ne s'accompagne ni de dilatation de l'estomac, ni de rétrécissement du pylore. C'est ainsi qu'il a prié Luecke d'opérer un homme de 47 ans qui avait, depuis quinze ans passés, des douleurs devenant de plus en plus intenses, plus fréquentes et plus prolongées. Dix ans plus tard était survenue la pre mière gastrorragie, mais il n'y avait pas de gastrectasie. La laparotomie confirma le diagnostic que le lobe gauche du foie formait le fond de l'ulcère ; l'estomac petit et rétracté adhérait intimement à la face inférieure du foie. En six mois, l'opéré engraissa de 65 livres et il n'a plus souffert. J. B.

Mitheilung über Magenfistel (Contribution à l'étude de la gastrostomie), par F. FISCHER (*Arch. f. klin. Chir.*, *L*, *3*, *p*, *562-572*, *1895*).

L'auteur donne les observations de quatre malades qu'il a traités pour des sténoses œsophagiennes, d'origine caustique dans 3 cas, cancéreuse dans un cas. Il ouvre la cavité abdominale par une incision parallèle au rebord costal; il divise le grand droit, le transverse et le péritoine. Il fixe le péritoine pariétal aux bords de la plaie par quelques points de suture; puis il cherche l'estomac et le fixe, sans l'ouvrir.

Pendant les trois premiers jours, les opérés ne sont nourris que par le rectum. Ensuite, on les nourrit avec une aiguille de Pravaz fine, qu'on introduit obliquement dans la paroi gastrique fixée à la plaie. On injecte ainsi du lait dans l'estomac toutes les 3 à 5 heures. On augmente progressivement le diamètre des aiguilles et l'orifice gastrique augmente petit à petit. Bientôt on peut y introduire une canule de caoutchouc.

MARCEL BAUDOUIN.

Ueber die bis jetz erzielten unmittelbaren und veiteren Erfolge der verschiedenen Operationen am Magen (Résection du pylore; gastroentérostomie et pyloroplastie), par HABERKANT (*Archiv für klin. Chir.*, *LI, p. 484-551*).

L'auteur a recueilli un grand nombre de cas d'opérations pratiquées sur l'estomac et publiées dans la littérature médicale. Il trouve pour la mortalité de ces opérations les résultats suivants :

Résection du pylore pour carcinome, 54,4 0/0; pour ulcère, 40 0/0; gastroentérostomie pour carcinome, 43,5 0/0; pour ulcère, 25,5 0/0; pyloroplastie pour ulcère, 22,7 0/0.

Près du quart de tous les décès est causé par la péritonite. Cette complication est plus fréquente avec la résection du pylore qu'avec la gastroentérostomie, parce que dans le premier cas l'opération est plus longue, et la suture plus compliquée. MICHEL BAUDOUIN.

Cholécystostomie intra-pariétale et transmusculaire ou cholécystostomie temporaire : trois observations, par H. DELAGENIÈRE (*Arch. prov. de chir., p. 669, novembre 1895*).

L'auteur appelle ainsi une cholécystostomie essentiellement temporaire, consistant dans l'abouchement de la vésicule à travers le muscle droit de l'abdomen. La vésicule ouverte est fixée, à travers une boutonnière faite au muscle, à l'aponévrose antérieure du muscle droit ; de telle sorte que l'ouverture de la vésicule est munie d'un sphincter musculaire destiné à en maintenir les bords rapprochés, dès que le drain placé dans son intérieur est supprimé. F. VERCHÈRE

A case of cholecystenterostomy performed with Murphy's button; death from haemorrhage in fourth day, par SHEPHERD (*Annals of surgery, mai 1895*).

Une femme de 36 ans, atteinte d'un épithéliome de la tête du pancréas avec ictère chronique par rétention, subit la cholécystotomie avec suture subséquente de la vésicule biliaire à la peau. Amélioration très notable de son état général. Fatiguée de sa fistule biliaire, la malade demande à ce qu'il y soit remédié. On pratique alors la cholécystenterostomie réunissant la vésicule biliaire au moyen du bouton de Murphy, non avec le duodénum, mais avec le côlon, manœuvre qui se présentait comme plus aisément exécutable. Quatre jours après l'intervention, la malade succombait à une hémorragie incoercible que l'examen de la pièce révélait comme purement vésicale : le bouton de Murphy avait coupé les parois épaissies et friables de la vésicule biliaire. CART.

Inflammation de la vésicule, avec calculs biliaires, pour une lésion inflammatoire du cœcum : cholécystectomie, etc., par F. TERRIER (*Gaz. hebd. Paris, 14 décembre 1895*).

Religieuse de 35 ans. Ictère il y a 7 ans. En 1893, accidents dyspeptiques persistants et, en 1894, symptômes de typhlite aiguë avec tuméfaction dans la fosse iliaque droite; au bout d'une semaine ces accidents s'amendent, mais il persiste une tumeur, très nette au niveau du cœcum, qui va en s'atténuant à mesure qu'on remonte le long du côlon. Inappétence, constipation, fétidité de l'haleine.

Dans la suite, augmentation de volume de la grosseur qui affecte la forme du côlon ascendant induré; vives douleurs abdominales, fièvre, amaigrissement. Une période d'accalmie succède à ces accidents; la tuméfaction diminue en hauteur et n'est plus perçue qu'à la partie inférieure; à ce niveau on perçoit une induration, sous forme de cordon dirigé obliquement en bas et en dehors.

La laparotomie latérale fait constater qu'au péritoine épaissi adhère une tumeur allongée qui s'enfonce sous l'hypocondre ; sa partie inférieure adhère à l'intestin grêle; le cœcum est en dedans. Après section de l'adhérence intestinale, la tumeur, qui n'est autre que la vésicule biliaire, est incisée, il en sort trois calculs et un liquide verdâtre. On procède à la libération de la vésicule, au niveau du col de laquelle se trouve un quatrième calcul enchatonné, et on pratique la cholécystostomie; puis, le péritoine de la vésicule fixé à la paroi abdominale, on fait la résection d'une portion de la paroi vésiculaire. Suites opératoires simples; persistance d'un trajet fistuleux, que l'on obture au bout de six mois; guérison. OZENNE.

Die Apoplexie des Pankreas, par SARFERT (*Deutsche Zeitschrift f. Chir., LXXII, 1 et 2, p. 125 134*).

Un homme de 39 ans, alcoolique, est pris de douleurs abdominales en soulevant une charge ; il en résulte des vomissements et une tuméfaction de l'abdomen. Tel est le premier cas de pancréatite hémorragique que cite Sarfert. Le malade succomba pendant l'opération. A l'autopsie, on trouva une apoplexie du pancréas, avec un peu de liquide louche dans le péritoine.

Les deux autres cas, l'un chez une femme de 24 ans, l'autre chez un homme de 40, présentaient à peu près les mêmes symptômes que chez le sujet précédent. A l'autopsie, on trouva également de l'apoplexie du pancréas et du liquide louche dans le péritoine.

L'auteur pense que la mort survint par une action réflexe sur le cœur, et par une autointoxication par les produits de l'intestin. On n'est pas très fixé sur l'étiologie de cette affection ; on a souvent incriminé l'alcoolisme, la syphilis, le traumatisme, l'artério-sclérose, la dégénérescence graisseuse marquée. L'émigration des bactéries intestinales par le canal de Wirsung et les processus inflammatoires qui en résultent ne suffisent pas à expliquer cette affection.

L'intervention chirurgicale est-elle efficace ? A cette question, l'auteur répond que, dans les cas aigus, elle lui semble illusoire ; dans les cas subaigus, la laparotomie pourrait peut-être donner quelques résultats heureux.

MARCEL BAUDOUIN.

I. — Acute tuberculosis of the spleen (rate), par MARRIOTT (*The Lancet, p. 1292 22 novembre 1895*).

II. — Abcess of the spleen, par J. COLLIER (*Ibid., p. 1297, 22 novembre 1895*).

III. — Splenectomy statitiscally considered, par R. DOUGLAS (*Med. News, p. 670 14 décembre 1895*).

I. — Une femme, âgée de 30 ans, portait, depuis 2 ans, une tumeur abdominale : il n'y avait point d'antécédents syphilitiques, et les ganglions lymphatiques n'étaient pas tuméfiés. La tumeur augmenta fortement de volume, sans causer de douleur ; mais dans les derniers temps son volume s'accrut rapidement. La laparotomie fut pratiquée et on extirpa une rate longue de 0,20 centimètres, large de 0,13, et épaisse de 8 centimètres. La rate était farcie de nodules, et à la section on trouvait des noyaux jaunâtres en très grand nombre ; au microscope on constatait que ces noyaux étaient constitués par un amas de granulations tuberculeuses.

II. — Une femme de 45 ans est admise à l'hôpital avec des symptômes de pleurésie gauche : on nota, les jours suivants, une température élevée, de la douleur dans le côté gauche, puis une tumeur fluctuante, animée de battements, située dans l'hypocondre gauche ; état général grave.

On diagnostiqua un abcès de la rate, abcès qui fut ouvert : un demi-litre de pus sanguinolent fut retiré, avec des caillots et des fragments du parenchyme splénique.

Au cours de l'opération, hémorragie qui fut arrêtée par le tamponnement du hile. Mort au bout de 25 heures.

III. — Une femme de 33 ans était atteinte de paludisme depuis l'âge de 12 ans. Elle souffrait d'une douleur aiguë dans le côté gauche de l'abdomen : on trouvait dans cette région une tumeur mobile, élastique, à bords définis

et variable comme volume et comme dureté, allant, à certains jours, du pubis aux fausses côtes.

En même temps on notait des troubles généraux, nausées, vomissements, émaciation ; mais ni œdème, ni ascite.

Laparotomie le long du bord externe du droit abdominal gauche. La rate était sans adhérences ; elle fut enlevée sans difficulté. Guérison rapide ; un mois après l'opération, la malade quitta l'hôpital.

L'auteur a réuni 194 cas de splénectomies (dont 40 pour blessures). La proportion des sexes est à noter : 126 femmes et 57 hommes (dans 12 cas le sexe n'est pas spécifié). Et si on déduit les opérations pour traumatismes, on trouve alors 112 opérations chez les femmes contre 31 chez l'homme. MAUBRAC.

I. — Ueber Splenectomie bei Milzechinococcus, par F. HAHN (*Berlin. klin. Woch. 1er et 15 juillet 1895*).

II. — Three successful splenectomies, par Bland SUTTON (*The Lancet, p. 974. 19 octobre 1895*).

III. — Die Behandlung der Wandermilz durch Splenopexis, par RYDYGIER (*Berlin. klin. Woch., n° 26, p. 579, 1er juillet 1895*).

I. — Femme de 35 ans, opérée pour une tumeur du ventre non diagnostiquée. La tumeur se laisse facilement attirer au dehors ; elle siège surtout sur la face concave de la rate et a un pédicule très long, de la grosseur de deux doigts, constitué presque uniquement par des vaisseaux, notamment par la veine splénique qui a le volume du petit doigt. Splénectomie après ligatures fasciculées du pédicule. Il s'agissait d'un kyste hydatique. Guérison sans incidents. Le jour de l'opération, on avait compté 1 globule blanc pour 160 rouges ; 4 mois plus tard, il n'y avait plus qu'un leucocyte pour 600 hématies.

Trinkler, qui a réuni 2,117 cas de kystes hydatiques, en a trouvé 67 siégeant dans la rate, sur lesquels 36 ont été opérés avec 11 décès, soit une mortalité opératoire de 30 0/0. C'est la ponction qui a fourni les moins bons résultats : 9 morts sur 22, soit 49 0/0 de mortalité. En revanche, les 7 splénectomies n'ont donné lieu qu'à 2 décès dus aux adhérences. Snegirjeff (*Berliner Klinik*, avril 1895) a vainement essayé de conserver la rate en enlevant le kyste seul (*R. S. M.*, II, 175 et 918; XIII, 89; XXXIII, 225; XXXIV, 257 et 668; XL, 630 et XLII, 684). J. B.

II. — 1° Une fille de 17 ans, amaigrie, ictérique, portait une tumeur volumineuse occupant la moitié gauche de l'abdomen et s'étendant du rebord costal à la crête iliaque : cette tumeur existait depuis 5 ans : on comptait 4,500,000 globules rouges par millimètre cube, et les leucoytes étaient dans les proportions de 1 contre 122 globules rouges. En août 1895, la rate est enlevée : 16 jours après, l'opérée quittait l'hôpital avec des joues rosées et en parfaite santé. La rate, vide de sang, pesait 2 livres et demie : sa structure était normale ;

2° Une enfant de 5 ans avait une rate qui s'étendait depuis le rebord costal jusque dans la fosse iliaque ; elle fut opérée et 13 jours après elle était guérie. La rate pesait 300 grammes ;

3° Femme de 32 ans, avec rate mobile depuis 10 ans ; dans les 2 dernières années, la rate était devenue plus volumineuse et plus gênante. Au moment de l'opération, on ne pouvait qu'avec peine, par la palpation, percevoir la rate dans la région hypogastrique ; après incision de la paroi, on trouva la rate dans la concavité du sacrum. Extirpation de l'organe, qui pesait 500 grammes, et était de structure normale. Convalescence rapide.

B. Sutton rappelle qu'il a enlevé, il y a 3 ans, une rate mobile chez une femme de 32 ans ; elle est actuellement en parfaite santé ; cependant elle a eu, il y a 6 mois, une pleurésie. MAUBRAC.

III. — Rydygier est d'avis de substituer la splénopexie à la splénectomie en cas de rate mobile. L'extirpation de la rate est une opération assez dangereuse, puisque, d'après la statistique récente de Vulpius, la mortalité s'est élevé à 31,2 0/0. D'autre part, un certain nombre de dératés présentent des accidents : hypertrophie des ganglions lymphatiques et du corps thyroïde, état leucémique du sang dont la régénération tarde à se faire, ce qui prolonge la convalescence ; enfin, mobilité du rein gauche.

La grosse objection à la fixation de la rate, c'est la difficulté de la rendre durable ; pour y parvenir, Rydygier a eu l'idée de loger la rate dans une poche formée par le décollement du feuillet pariétal de la séreuse qui tapisse la face interne des dernières côtes thoraciques.

La jeune fille chez laquelle Rydygier a pratiqué cette opération, il y a 3 mois, avait été brusquement prise, sans cause connue, de violentes douleurs dans l'hypocondre gauche et de symptômes d'étranglement interne. La tumeur, dont le volume dépassait les deux poings, occupait le côté droit du bassin, était d'abord complètement immobile et ne rappelait nullement la rate par sa configuration. La laparotomie montra qu'il s'agissait d'une rate flottante dont le pédicule s'était tordu. L'opérée a guéri sans incident. J. B.

Ueber die Behandlung der Wandermilz mit Splenopexie, par W. SIKOFF (*Arch. f. klin. Chir.*, *LI*, *p. 637-445*).

D'après les expériences faites sur des animaux, l'auteur conclut que la fixation de la rate à la paroi abdominale au moyen d'un réseau de catgut est possible. La rate ainsi fixée fonctionne bien et diminue de volume ; ce qui constitue un avantage réel. L'opération doit toujours être tentée dans le cas de rate flottante, avant de recourir à l'extirpation. Il suffit de fixer à la paroi abdominale la moitié ou la partie moyenne de la rate. Il est superflu et dangereux de chercher à favoriser la fixation en irritant la surface de la rate par un caustique. MARCEL BAUDOUIN.

Résultats de l'examen de 10,000 observations de hernies recueillies à la consultation des bandages, par Paul BERGER (*Congrès franç. de chir.*, *1895*, *et in-8°*, *Paris*, *1896*).

P. Berger recueilli lui-même l'observation de tous les cas de hernies qui se sont présentés à la consultation des bandages, au Bureau central, du 4 février au 11 août 1884, et il a dressé sur ces documents une statistique qui a, sur les statistiques de hernies antérieurement publiées et notamment sur celles de la Société des bandages, à Londres, l'avantage d'être une œuvre essentiellement personnelle, tous les faits, au nombre de 10,000 qu'il a recueillis, ayant été examinés par l'auteur lui-même.

Il groupe en quatre chapitres les résultats du dépouillement de ce volumineux dossier.

Le premier est relatif à la fréquence générale des hernies et à la fréquence relative de leurs diverses variétés.

La relation des sujets masculins aux sujets féminins atteints de hernies est comme 3 est à l'unité.

Hernies inguinales. Dans le sexe masculin 96 0/0 des sujets de tout âge qui présentent des hernies sont atteints de hernies inguinales. La hernie inguinale double est à la hernie inguinale simple, chez l'homme, comme 4,34 est à l'unité. Il résulte de cette constatation, que Bergera constamment vérifiée, que dans la grande majorité des cas, la hernie inguinale est un processus double, évoluant simultanément ou successivement des deux côtés sur le même sujet. Les hernies inguinales droites sont aux gauches, comme 1,46 est à l'unité. Quand la hernie inguinale est bilatérale, elle a dans 42 0/0 des cas chez l'adulte, dans 65 0/0 chez les jeunes sujets, le même volume des deux côtés.

Il est difficile de constater d'une manière certaine l'origine congénitale d'une hernie : l'auteur n'a pu relever avec certitude que 479 cas de hernies inguinales congénitales.

Dans le sexe féminin la hernie inguinale s'observe sur 44,6 0/0 de sujets de tout âge atteints de hernie, elle est donc plus fréquente que la *hernie crurale* qui ne se rencontre que sur 37,21 0/0 des mêmes sujets. Chez l'homme la rareté de la hernie crurale est bien plus grande, elle ne s'observe que 6,6 0/0 des cas.

Une disposition toute particulière qui, jusqu'à présent, n'avait pas attiré l'attention des auteurs est décrite avec soin par Berger, c'est la coexistence d'une hernie inguinale et d'une hernie crurale du même côté, *la distension de l'aîne* qui est le type des hernies de faiblesse. Berger l'a observée 207 fois dans le sexe masculin, 19 fois seulement chez la femme.

La *hernie ombilicale* représente, chez l'homme, 5,46 0/0, chez la femme 27,34 0/0 des hernies existantes. Au-dessus de 15 ans chez l'homme, elle est presque toujours (119 cas sur 134) annexée à d'autres hernies. Les hernies *épigastriques* sont plus fréquentes qu'on ne le dit généralement, surtout chez l'homme ; elles sont souvent multiples et sont le reste de cette aplasie de la ligne blanche qui constitue l'éventration sus-ombilicale des nouveau-nés.

Fréquence suivant les âges. — En comparant le chiffre des hernieux observés à chaque âge avec le chiffre de la population parisienne aux mêmes âges, l'auteur a pu construire une sorte d'échelle de fréquence des hernies suivant les âges. Cette échelle, représentée par une courbe, donne pour la première année un maximum très élevé correspondant à l'apparition des hernies congénitales, puis une chute rapide aboutissant à un minimum entre 20 et 24 ans ; puis la courbe se relève pour atteindre entre 70 et 75 ans un 2e maximum.

La relation établie entre la fréquence des cas de hernie observés au Bureau central aux divers âges et le chiffre de la population parisienne a permis, grâce aux statistiques des conseils de revision de Paris, d'arriver à une évaluation du chiffre des hernieux par rapport au chiffre de la population. Il existerait, d'après ces calculs, un hernieux sur 14,9 individus du sexe masculin, sur 44,7 du sexe féminin, sur 22,3 individus de tout sexe et de tout âge.

Nous ne pouvons suivre l'auteur quand il étudie la fréquence des diverses espèces de hernies suivant les âges ; il se dégage néanmoins des chiffres qu'il donne des considérations intéressantes : ainsi l'on peut conclure de la diminution du chiffre des hernies inguinales, à partir de la première année,

que ces hernies du premier âge guérissent presque toutes, spontanément ou par les bandages, l'opération de la cure radicale ne serait donc pas justifiée dans les premières années de la vie. On peut de même admettre qu'il existe deux grandes variétés de hernies inguinales ; les hernies congénitales dont le plus grand nombre guérit, qui restent presque toujours unilatérales ; et les hernies acquises qui se montrent à partir de l'âge de 20 à 25 ans, surtout de 40 à 45 ans et qui se complète dans la majorité des cas, par l'apparition d'une autre hernie du côté opposé.

Il paraît certain de même que presque toutes les hernies ombilicales ont leur origine dans la première enfance.

Le troisième chapitre est consacré aux *causes* des hernies. L'influence héréditaire a pu être observée dans 2,079 cas sur 7,542 : elle est manifeste ; elle est *homo-sexuelle* : il existe même de véritables familles de hernieux.

L'influence de la *profession* s'observe pour les professions manuelles, surtout dans celles qui exigent le travail debout. Celle de la *grossesse* et de la parturition, niée par Wernher est indéniable et prouvée par l'énorme fréquence des hernies chez les multipares. Le rôle des *affections pathologiques*, des maladies, des *traumatismes*, est également analysé en grand détail.

Enfin dans un dernier chapitre, Berger étudie les complications observées chez les hernieux soumis à son examen. L'irréductibilité simple de la hernie s'observe dans un cas sur 28. Quant aux accidents aigus d'étranglement ou de péritonite herniaire, ils n'existent que pour 3,31 0/0 des sujets dont les commémoratifs ont été consultés. L'étranglement est le plus fréquent, grave (250 cas) ou léger (43 cas) ; la péritonite herniaire (38 cas) ne s'est observée que dans des hernies irréductibles. Ces accidents sont plus fréquents et plus graves pour la femme que pour l'homme, pour la hernie crurale que pour l'inguinale. Il semble que cette gravité soit généralement exagérée et qu'un hernieux sur 100 à peine succombe à l'étranglement.

Les conclusions de ces recherches sont appuyées sur nombre de tableaux synoptiques et de tracés graphiques où sont exposés non seulement les résultats obtenus par l'auteur au moyen de ses chiffres, mais ceux des statistiques de Wernher, de Macready, de von Eck, de Jacques Bertillon, etc. A. C.

Cure radicale de la hernie ombilicale, par J. BOECKEL (*Gaz. méd. de Strasbourg, décembre, et in-8°, Paris, 1895*).

B. résume dans ce travail les indications et contre-indications de l'intervention dans la hernie ombilicale : les premières sont chez l'adulte, l'irréductibilité par étranglement ou adhérences ; la hernie incoercible et la hernie douloureuse. B. ne voit de contre-indications que le mauvais état général du sujet.

Chez les enfants, la cure est indiquée, quand le bandage est impuissant, quand la hernie augmente ou lorsqu'elle est irréductible. Dans la hernie des nouveau-nés, volumineuse, on doit la pratiquer sans retard s'il y a menaces de rupture, si elle n'est pas contenue par le bandage ou si elle est irréductible.

B. discute ces indications d'après l'analyse minutieuse de 350 observations, dont 16 personnelles où l'on intervint. Il termine par un exposé de la technique opératoire. A. CARTAZ.

Nouveau signe des hernies de la ligne blanche, par LITTEN (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 14, p. 306, 8 avril 1895*).

Les hernies de la ligne blanche sont, contrairement à ce qu'on croit, plus communes chez les hommes; elles donnent parfois lieu à de graves troubles digestifs, simulant un catarrhe chronique ou une dilatation de l'estomac. Litten, qui en a traité au moins 12 cas, a été frappé de la constance d'un signe non encore décrit. Quand le malade tousse, qu'il soit debout, le haut du corps renversé en arrière, ou couché, les doigts appliqués à l'endroit où la hernie vient faire saillie, perçoivent un ébranlement vibratoire, une sorte de frémissement qui donne la sensation tantôt du choc d'un liquide, tantôt de pois projetés contre la main.

Litten pense que le liquide intestinal, comprimé par l'effort, vient heurter la paroi de l'intestin et y détermine des vibrations qui se transmettent au sac herniaire. La sensation de pois serait due à la projection des petits lobules graisseux de l'épiploon. J. B.

Casuistiche Beiträge zur Darmchirurgie (Étranglement de l'appendice vermiforme dans une hernie crurale gauche), paɹ G. ROMUN (*Deutsche Zeitsch. f. Chir. XLI, 1-3, p. 249-254, 1895*).

Un homme de 48 ans portait, depuis plus d'un an, une petite tumeur au-dessus du pli de l'aine gauche. Quatre jours avant son entrée à l'hôpital, la tumeur était devenue irréductible et provoquait d'assez violentes douleurs. Au-dessous du ligament de Poupart, on constata une tuméfaction de la largeur de la paume de la main, rouge, œdémateuse, sonore à la percussion sur une partie de son étendue. Point de ballonnement du ventre et, malgré un peu de fièvre, état général satisfaisant; les selles ont toujours été régulières et faciles, il n'y a pas eu de vomissements. On l'opère le lendemain. Une incision parallèle au ligament de Poupart donne passage à un peu de pus d'odeur insupportable; le sac herniaire est gangrené et, après le débridement de l'anneau crurale, on constate que l'appendice vermiforme renferme une petite concrétion; on le résèque et, après suture de Lembert, on le fixe dans la profondeur de la plaie. Les suites de l'opération furent normales. Il s'agit donc ici d'un cas bien curieux d'appendicite dans une hernie crurale gauche.

MARCEL BAUDOUIN.

De la tuberculose herniaire, par H. TENDERICH (*Deutsche Zeitschr. für Chir.*, *LXI, 1-3*).

L'auteur relate trois observations nouvelles de hernies compliquées de tuberculose. Le premier cas a trait à un petit garçon de quatre ans, qu'on opéra pour une hernie d'origine testiculaire. Le testicule correspondant fut entièrement extirpé et l'examen microscopique confirma le diagnostic de tuberculose miliaire. Dans le deuxième (jeune enfant de 7 ans), on enleva le testicule et l'épididyme; même diagnostic que précédemment. Enfin, le troisième cas se rapporte à une femme de 54 ans, entrée à l'hôpital pour une hernie étranglée. En l'opérant, on constata que la séreuse de l'anse intestinale était parsemée de tubercules miliaires.

L'auteur arrive à cette conclusion que, généralement, l'affection herniaire est consécutive à une tuberculose généralisée dans le péritoine. Le traitement doit consister dans l'extirpation du sac herniaire ; si l'on veut éviter l'ablation de l'organe, l'incision simple pourra peut-être réussir quelquefois. M. B.

Observations d'intervention et d'entérorraphie circulaire dans la hernie gangrenée, par DAYOT fils (*Archives prov. de chir.*, *p. 725, décembre 1895*).

Sur 21 observations de gangrène intestinale, D. eut 13 morts et 8 guérisons. La résection suivie de suture circulaire, tentée 3 fois, a donné 3 succès ; la résection avec anus contre nature a été suivie 6 fois de mort et 3 fois de guérison. Sur 3 sutures latérales, 2 ont réussi.

D. a opéré en tout 62 malades. 37 n'ayant ni lésions intestinales, ni symptômes généraux graves, donnent 36 guérisons et 1 mort qui survient chez une vieille femme de 72 ans. 3 opérés atteints de symptômes généraux graves moururent très rapidement.

Ce sont les lésions gangréneuses, la septicémie intestino-péritonéale avancée, le collapsus, la péritonite existant avant toute intervention, qui rendent la situation de l'opéré particulièrement grave et qui donnent, quoi qu'on fasse, une énorme mortalité.

La résection doit-elle remplacer l'anus contre nature ? Les opérés ne sont pas, habituellement, des malades comparables au double point de vue de l'état général et de l'état local. Les hernieux traités par l'anus contre nature sont dans un état tel d'ordinaire qu'ils sont presque condamnés d'avance ; le chirurgien choisit l'intervention la plus rapide et c'est à cette situation qu'il faut ordinairement attribuer l'issue fatale.

C'est aux hernieux les plus résistants, à ceux dont l'état général, plutôt satisfaisant, permet de supporter un acte chirurgical de longue durée qu'on réserve la suture intestinale. F. VERCHÈRE.

De la nécessité de l'éviscération complète dans le traitement de l'occlusion intestinale post-opératoire, par E. BLANC (*Loire méd.*, *15 décembre 1895*).

Il s'agit, dans cette observation, d'une jeune fille qui, un an après l'ablation d'un kyste de l'ovaire (?), fut prise d'accidents d'obstruction intestinale. Une tumeur ayant été constatée dans la cavité pelvienne, on fait la laparotomie qui permit d'enlever un sarcome développé dans le cul-de-sac de Douglas et de compléter l'opération par une hystérectomie, un noyau sarcomateux existant sur le fond de l'utérus. Malgré cette intervention, les accidents ont continué et la malade a succombé au bout de 36 heures.

L'autopsie a révélé que l'obstruction n'était pas due à la compression seule déterminée par la tumeur sur le rectum, qui était aplati, mais encore à l'existence d'une bride fibreuse, qui étreignait l'intestin grêle sous le côlon transverse.

De ce fait ressort cet enseignement, qu'en présence d'une occlusion intestinale post-opératoire, il est indiqué, après avoir levé un étranglement d'ordre quelconque, de s'assurer, par l'éviscération, qu'il n'existe pas d'autre obstacle. OZENNE.

I. — Des rétrécissements de l'intestin et de leur traitement, par BOIFFIN (*9e Cong. franç. de chir., octobre 1895*).

II. — Des rétrécissements partiels du rectum, par TILLAUX (*Ibid.*).

I. — Boiffin est intervenu 9 fois pour des rétrécissements de l'intestin, rectum excepté. Dans 5 cas, il a fait l'entéro-anastomose, deux fois pour un rétrécissement simple avec bon résultat, et trois fois pour un cancer; il y a eu suppression des accidents, mais mort de cachexie quelque temps après.

La résection intestinale avec entérorraphie circulaire a été pratiquée dans un cas de rétrécissement simple et dans un cas de cancer du côlon transverse; guérison pour le premier, mort de péritonite pour le second. Enfin, sur deux autres malades, on n'a fait qu'une laparotomie exploratrice, l'un ayant des rétrécissements multiples, et l'autre n'ayant présenté aucune lésion apparente. Pour l'auteur, l'entéro-anastome est l'opération de choix dans les rétrécissements de l'intestin.

II. — Depuis le premier fait qu'il a publié, il y a une vingtaine d'années, Tillaux a observé un certain nombre de rétrécissements partiels du rectum; ils sont dus à une bride circulaire, siégeant à 3 centimètres de l'anus et à la partie postérieure du rectum, au niveau du sphincter supérieur. Il suffit de sectionner cette bride pour faire disparaître les accidents, en particulier les fistules, en nombre variable, qui surviennent à la région anale. L'un de ses derniers malades en présentait douze, qui ont rapidement disparu après la section. OZENNE.

Cases of abdominal surgery in which the Murphy button was applied, par Van der VEER (*New-York med. Journal, p. 730, 7 décembre 1895*).

1° Anastomose gastro-intestinale pour carcinome du pylore, entre la partie supérieure du jejunum et la grande courbure de l'estomac. Mort d'épuisement le 3e jour;

2° Carcinome de l'anse sigmoïde, ablation et anastomose bout à bout des deux bouts de l'intestin. Mort d'épuisement le 11e jour;

3° Ablation de calculs de la vésicule biliaire : on se sert du bouton allongé tube à drainage. Guérison;

4° Ablation d'un kyste papillomateux ovarique, et de 20 centimètres d'intestin grêle : anastomose bout à bout. Guérison;

5° Anastomose de la vésicule biliaire avec le petit intestin. Guérison;

6° Tumeur au voisinage de l'ombilic : hernie étranglée avec adhérences; résection de 25 centimètres d'intestin grêle; anastomose bout à bout. Guérison. Le bouton fut rendu dans les fèces le 13e jour;

7° Dans ce cas, on avait porté le diagnostic de calculs biliaires. La vésicule ne contenait que de la bile, mais on sentait des calculs dans le canal cystique. V. der Veer employa le bouton-tube à drainage; plusieurs jours après la première opération, on enleva 5 calculs, mais le patient, très affaibli, succomba bientôt. MAUBRAC.

A case of ileocolostomy by the Murphy method, par Clayton PARKHILL (*Med. news, p. 403, 12 octobre 1895*).

Un homme de 20 ans, a été atteint, en août 1894, d'appendicite avec abcès péricœcal: l'appendice fut enlevé : une fistule fécale s'étant formée, on pratiqua une nouvelle opération qui échoua.

Le 14 septembre 1894, on opère de nouveau. La portion terminale de l'iléon est découverte, l'iléon est sectionné à 3/4 de pouce du lieu supposé de la valvule. A l'aide d'un large bouton de Murphy on établit une anastomose entre cette extrémité de l'iléon et une boutonnière latérale du côlon, au niveau de la coudure hépatique. La section intestinale proche du cœcum est suturée. Etant donné l'état de faiblesse du patient on renonça à l'excision du cœcum, que l'on se contenta de bourrer de gaze iodoformée. Suites immédiates très favorables. Le onzième jour, la section abdominale est réunie : quelques matières s'écoulent par le cœcum, mais la plus grande partie est éliminée par le rectum. Le bouton est éliminé le treizième jour. Le patient quitte l'hôpital le 31 octobre. En décembre, très amélioré quant à son état général, il revient à l'hôpital, avec sa fistule cœcale par laquelle des matières fécales continuent à s'échapper.

Le 8 décembre, nouvelle opération. L'ouverture anastomotique permet l'introduction de l'extrémité de l'index jusqu'à la base de l'ongle. L'ouverture a donc exactement une circonférence de 2 pouces, tandis que la circonférence du bouton de Murphy était de 3 pouees 1/4.

Le cœcum est sectionné au niveau de sa réunion avec le colon ascendant qui est oblitéré par une suture continue renforcée par une série de sutures de Lembert. Le cœcum est disséqué : on s'aperçoit alors que la section de l'iléon n'avait pas été, lors de la précédente opération, faite près du cœcum, mais à une distance indéterminée, plusieurs anses intestinales étant agglutinées autour du cœcum. Le cœcum est alors excisé au niveau de la valvule, et l'intestin grêle est à ce niveau suturé : il restait donc une portion d'intestin comprise entre cette suture et la première section portant sur l'intestin grêle, complètement séparée du reste du tube digestif. Guérison rapide.

MAUBRAC.

I. — Zur chirurgischen Behandlung der Geschwülste der Ileocœcalgegend, par KÖRTE (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 17*, *p. 376*, *29 avril 1895*).

II. — Discussion de la Réunion libre des chirurgiens de Berlin (*Ibid.*, *p. 377*).

I. — La région iléocœcale est un siège de prédilection des tumeurs intestinales et elle vient, par ordre de fréquence, au deuxième rang pour les tumeurs du côlon. Les espèces rencontrées le plus souvent sont les cancers (adéno-carcinomes), les tumeurs tuberculeuses et l'actinomycose. Kœrte a eu l'occasion de traiter 8 des premiers, 4 des secondes et 1 cas de la dernière; 7 fois il a enlevé le foyer morbide (3 cancers, 3 tuberculoses et l'actinomycose).

Les tumeurs iléo-cœcales ont un développement très lent. La plupart du temps, c'est le rétrécissement de l'intestin qui en constitue le premier symptôme; en outre, l'accumulation des matières au-dessus de l'obstacle détermine souvent des phénomènes d'irritation simulant des typhlites. Il y a fréquemment formation d'abcès : Kœrte en a vu 14 cas pour les cancers et 2 pour les tuberculoses. La perforation de la paroi intestinale peut donner lieu à des fistules stercorales. L'invagination de l'intestin a été plusieurs fois la conséquence de la coprostase. Abandonnées à elles-mêmes, ces tumeurs amènent, par occlusion ou par perforation intestinales, la cachexie et la mort. Les tumeurs tuberculeuses sont peut-être susceptibles de guérir, mais il y a toujours risques de propagation au péritoine, de fistules stercorales, de cicatrices ou de rétrécissements.

Le traitement est l'extirpation avec entérorraphie, tant qu'il y a possi-

bilité. Les contre-indications sont les adhérences trop vastes et la cachexie générale; on ne doit pas faire l'opération radicale quand il y a occlusion. La mobilité de la tumeur est en général très limitée. Ce n'est qu'après ouverture de la cavité abdominale qu'on peut reconnaître l'étendue des adhérences et voir s'il y a possibilité d'extirpation. La propagation du néoplasme au péritoine n'est une contre-indication absolue que lorsqu'il s'agit d'un cancer.

L'existence de fistules pyo-stercorales assombrit beaucoup le pronostic.

Kœrte a renoncé parfois à faire l'entérorraphie immédiate, se bornant d'abord à suturer les bouts d'intestin enveloppés de gaze; mais il vaut mieux appliquer aussitôt l'entérorrhapie. Un procédé recommandable est celui de Billroth consistant à refermer le côlon par une double suture d'invagination et à implanter ensuite l'iléon latéralement. Quant aux procédés de Senn et de Murphy, Kœrte n'en est pas partisan.

Un des 3 cancéreux de Kœrte reste guéri depuis trois ans et en état de travailler. Sur les 3 tuberculeux, une jeune malade a succombé au bout d'un an à la généralisation de son affection; les 2 autres sont bien portants. L'homme opéré pour actinomycose est mort ultérieurement de cette maladie.

II. — Israel, chez un homme de 58 ans, atteint de cancer cœcal, a dû enlever l'intestin sur une longueur de 63 centimètres et demi à cause de l'envahissement des ganglions mésocoliques et mésentériques. Bien que la tumeur très volumineuse eût presque entièrement oblitéré le calibre du cœcum, il n'existait pas le moindre trouble de la circulation intestinale et l'on ne découvrit la tumeur qu'en cherchant la cause de l'affaiblissement, de la pâleur et de l'amaigrissement incessants du malade. Dans ce cas, Israel a fait l'entéro-anastomose des deux intestins juxtaposés côte à côte, après fermeture de leur bout libre. L'entéro-anastomose est une opération beaucoup plus facile et plus sûre que l'entérorraphie circulaire; on a toujours assez de séreuse et l'on n'a pas à se préoccuper de l'inégalité de calibre des intestins. Sur les portions réséquées, on voyait proéminer à l'intérieur du gros intestin de nombreux adénomes mûriformes, le plus souvent munis de longs pédicules. Quoique ces tumeurs présentassent, sous le microscope, des caractères bénins, Israel se demande si elles n'ont pas joué un rôle dans la genèse du cancer, parce qu'à 22 centimètres et demi de celui-ci, à l'endroit du côlon où il anastomosa l'intestin grêle, il a trouvé une seconde tumeur cancéreuse séparée de celle du cœcum par une étendue d'intestin ne présentant que de nombreux petits polypes adénomateux, comme ceux décrits plus haut. L'homme est bien guéri, mais l'opération n'a pas 3 mois de date.

A l'appui de la marche excessivement traînante des cancers cœcaux et de leur compatibilité prolongée avec une santé satisfaisante, Israël en cite un cas qui a duré au moins 7 ans.

Dès la première fois où l'on remarqua la tumeur, elle avait déjà un volume tel qu'on la crut appartenir à l'ovaire; la santé de la malade ne fut vraiment troublée que dans les 6 derniers mois par suite de l'ulcération des téguments abdominaux.

D'autre part, Israel a vu un cancer gélatineux du côlon descendant chez un jeune garçon qui n'avait pas encore 12 ans.

Quant à l'actinomycose, il relate le singulier fait suivant : Jeune homme

d'une vingtaine d'années ayant, dans l'espace d'un mois et demi, deux atteintes de pérityphlite aiguë. A la suite de la première, il y avait eu résorption graduelle de l'exsudat de la fosse iliaque. Lors de la deuxième attaque, l'incision révéla l'état calleux et lardacé des parois abdominales du côté droit énormément épaissies, de l'arc costal jusqu'à l'arcade fémorale. Mort par embolie pulmonaire d'origine cardiaque. Autopsie : l'appendice vermiforme, qui avait les dimensions d'un œuf de pigeon, contenait un coprolithe de la grosseur d'une aveline et ne communiquait plus avec le cœcum que par un orifice très étroit. Près de sa naissance, l'appendice offrait à sa paroi postérieure une perforation en forme de fente qui communiquait par un trajet accessible pour le petit doigt avec le tissu rétropéritonéal épaissi et calleux; à ce niveau, le trajet se continuait, à droite du rachis, par une cavité étroite qui remontait à travers le psoas, jusqu'en arrière du rein droit; cette cavité, limitée par des parois de consistance cartilagineuse, était remplie de bourgeons et de grains d'actinomycètes; les fausses membranes calleuses allaient jusqu'aux attaches du diaphragme dont les fibres musculaires avaient subi la dégénérescence fibreuse.

Von Bergmann a, parmi ses opérés de cancer iléo-cœcal, un, guéri depuis plus de 9 ans; il insiste sur les erreurs de diagnostic résultant d'une situation anormale des viscères digestifs. Il lui est arrivé de prendre l'estomac cancéreux, fixé dans la fosse iliaque par des adhérences, pour le cœcum, qui était en réalité sain. Von Bergmann cite encore un fait plus exceptionnel. Il s'agit d'un jeune homme auquel divers chirurgiens avaient déjà enlevé une douzaine de polypes du rectum. Une hémorragie rectale presque incoercible l'obligea à entrer à l'hôpital. Le siège des polypes étant très élevé, B. fit la résection temporaire du sacrum, ouvrit l'intestin par sa face postérieure et enleva facilement un gros polype et deux douzaines de petits adénomes pédiculés. Le malade, épuisé par la perte de sang, ne tarda pas à succomber. A l'autopsie, B. constata que les ligatures qu'il avait cru poser dans le rectum, se trouvaient en réalité dans le côlon ascendant, immédiatement au-dessus du cœcum. Il y avait donc eu invagination dans le rectum de la totalité des 3 côlons. Tandis que l'S iliaque et le colon descendant étaient intacts, les côlons transverse et ascendant renfermaient les polypes pédiculés.

Quant à l'actinomycose et à sa coexistence avec des coprolithes, elle semble être plus commune qu'on ne l'admet. B. a vu deux cas de fistules stercorales rebelles après extraction de concrétions fécales; dans l'un, on avait extirpé l'appendice; dans l'autre, on s'était borné à l'ouvrir; l'un et l'autre malades avaient de l'actinomycose.

J. B.

Sur un nouveau procédé de suture intestinale par invagination et ligature en masse sur un cylindre métallique, par DUPLAY et CAZIN (*Arch. gén. de méd., novembre 1895*).

Les auteurs, après avoir constaté expérimentalement les bons résultats des ligatures de l'intestin avec un double fil, dont chacun lie isolément une moitié de circonférence, ont ajouté à ce procédé de ligature, après invagination, une pièce métallique destinée à maintenir aussi large que possible la lumière de l'intestin; ils placent cette pièce à l'intérieur du bout intestinal qui doit être invaginé dans l'autre; la pièce est composée de deux cylindres concentriques emboîtés sans soudure.

L'opération comprend trois temps : 1° dans le bout de l'intestin qui doit être invaginé on fixe la pièce de dedans en dehors avec une aiguille entraînant une boucle du fil double et perçant au niveau du bord mésentérique, puis en un point opposé du bord libre; 2° on fait la même manœuvre

sur le bout qui va engaîner l'autre et on invagine; on sectionne les boucles et on noue les extrémités deux à deux ; enfin on fait quelques points de suture séro-séreux ; la pièce est rendue au bout de 3 jours si la ligature porte sur le gros intestin, au bout de 4 à 5 jours, si elle porte sur l'intestin grêle. Les résultats expérimentaux chez les chiens ont tous été satisfaisants. H. L.

Multiple Polypenbildung im Tractus intestinalis, par K. PORT (*Deutsche Zeitschr. für Chir.*, *XLII*, *1-2*, *p. 181-197*, *1895*).

Jeune homme de 19 ans, qui, dès sa plus tendre jeunesse, était sujet à la constipation et avait observé après chaque selle une petite tumeur rouge qu'il était obligé de réduire avec la main. Depuis quatre ans, il était sujet à des diarrhées sanguinolentes. En poussant, le malade faisait sortir une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, formée d'un grand nombre de polypes pédiculés. On extirpa ces polypes, mais cette intervention n'exerça aucune influence sur l'état du sujet. Il continua à avoir des diarrhées et de vives douleurs. La palpation abdominale fit découvrir deux tumeurs, une à droite au-dessus de la vessie, l'autre, plus petite, à l'hypochondre gauche.

On pratique alors la laparotomie : on constate une tumeur du volume d'une pomme, adhérente au bassin et en communication avec un second néoplasme à la hauteur de l'ombilic. Le cas jugé inopérable, on soulagea le patient en créant un anus artificiel, mais le malade ne tarda pas à succomber.

L'autopsie permit de constater que l'on avait affaire à un cas de dégénérescence de la muqueuse du gros intestin.

Cette affection très rare est le plus souvent mortelle ; elle se rencontre de préférence chez les jeunes gens. M. B.

I. — Eine durch Laparotomie geheilte Mesenterialcyste, par ULLMANN (*Wiener med. Presse*, *8 septembre 1395*).

II. — Ueber Mesenterialcysten, par BRENTANO (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 18*, *p. 400 6 mai 1895*).

III. — Idem, par ROTTER (*Ibid.*, *p. 401*).

I. — U. a eu l'occasion d'observer un kyste vrai du mésentère, situé et développé entre les feuillets du mésentère de l'intestin grêle chez une femme agée de 18 ans ; à l'inspection, on remarquait que la moitié supérieure droite de l'abdomen était fortement proéminente et la palpation révélait là une tumeur mobile, lisse, arrondie, mate à la percussion. La laparotomie permit de faire le diagnostic ; suites opératoires des plus simples ; guérison. Le contenu du kyste, liquide louche, de couleur brun rougeâtre, ne fut pas analysé. CART.

II. — 1er cas. Homme de 32 ans, toujours bien portant ; en travaillant, le ventre appuyé contre un outil, il éprouva brusquement des douleurs abdominales. Deux jours plus tard, il s'aperçut qu'il avait une tumeur dans l'abdomen. Etat à l'entrée : voussure de la région inférieure droite du ventre, dépassant en haut la ligne ombilicale de 5 centimètres, à gauche, un peu la ligne médiane et n'atteignant pas tout à fait la symphyse en bas. Cette tumeur est lisse, fluctuante, immobile. Une ponction exploratrice révèle l'existence d'un kyste à contenu sanguin. La laparotomie montre qu'il s'agit d'un kyste mésentérique, du volume d'une tête d'homme. Après incision et évacuation du contenu. Excision du kyste, temponnement à la gaze iodoformée et suture. Guérison

sans incidents, mais avec formation d'une petite hernie ventrale. Le liquide kystique, alcalin, renfermait des caillots de fibrine et se composait surtout d'hématies altérées et désagrégées, sans aucun ferment digestif.

2e cas. Infirmière de 42 ans ayant eu deux péritonites, la dernière il y a 18 mois. Cette femme, très obèse, fut prise des symptômes d'un étranglement interne. Le 7e jour, après une selle provoquée par un lavement, on distingue dans la moitié gauche de l'abdomen une tumeur qui, en haut, dépasse un peu le nombril, franchit à droite la ligne médiane et se prolonge dans le petit bassin. Rien d'anormal par les touchers vaginal et rectal. On diagnostique un kyste de l'ovaire. Mais la laparotomie montre une tumeur enchâssée dans le méso-côlon iliaque et embrassée par le côlon. Le feuillet antérieur du mésentère incisé, la tumeur se laisse énucléer, à l'exception d'un cordon descendant très vasculaire, qui dut être lié. Pendant l'énucléation, le kyste se rompit, donnant issue à une grande quantité de liquide brun foncé. Il s'agissait d'un kyste uniloculaire, sans épithélium. Guérison.

3e cas. Fille de 21 ans entrée pour troubles menstruels. A droite de l'utérus, tumeur kystique remontant au-dessus de l'ombilic et atteignant à droite presque le sommet de l'iléon. Une double ponction exploratrice, faite par la paroi abdominale et par le vagin, fournit un liquide muqueux, ambré. Diagnostic de kyste ovarique. Laparotomie. On trouve une grosse tumeur fluctuante soudée de tous côtés aux anses intestinales et libre seulement dans une étendue de 4 centimètres; le côlon passait au devant d'elle, lui adhérant entièrement. La ponction donne 1 litre de liquide muqueux. L'extirpation étant impraticable vu les adhérences, on suture le kyste dans la plaie abdominale et on le draîne par le cul-de-sac de Douglas. Exeat 17 semaines après l'opération avec une petite fistule et un léger écartement des grands doigts. Deux ans plus tard, opération de la hernie ventrale, qui fit constater l'existence dans le mésentère d'un petit noyau, vestige de kyste; ablation simultanée des annexes utérines droite enflammées.

III. — Rotter relate un cas de kyste mésentérique curieux par son siège exceptionnel au-dessus de l'ombilic. La tumeur, du volume d'une orange, atteignait en bas le nombril et remontait jusque près du rebord costal; un cordon la reliait au rachis. Le diagnostic hésitait entre un kyste du mésentère et un kyste du grand épiploon. L'extirpation en étant impossible, à cause de la soudure avec les feuillets mésentériques, Rotter sutura la tumeur au péritoine pariétal. L'opération fut suivie de vomissements incoercibles. Le 3e jour on défit les sutures, croyant avoir affaire à un étranglement interne. Les vomissements continuèrent et la femme succomba le 6e jour. A l'autopsie, on constata qu'il s'agissait d'un kyste du mésojéjunum, placé à 10 centimètres au-dessous de la terminaison du duodénum. Les vomissements étaient dus à la torsion de l'intestin sur son axe, immédiatement au-dessous du kyste, laquelle était le résultat de la fixation de la paroi abdominale au court mésentère de la première anse du jéjunum, sur laquelle siégeait le kyste. J. B.

Primäres Netzcarcinom, par Ludwig PICK (*Berlin. klin. Woch.*, n° 13, p. 285, 1er avril 1895).

Rare exemple de cancer endothélial (lymphangite cancéreuse ou proliférante), primitif du grand épiploon.

Femme de 46 ans, à laquelle on fit, à la fin de 1893, une hystérectomie vagino-abdominale pour myomes bénins de l'utérus ; en même temps, on lui enleva deux tumeurs arrondies, bosselées, dépassant la grosseur du poing, siégeant sur l'extrémité périphérique du grand épiploon; dans leur voisinage, se trouvaient des nodosités semblables, dont les plus volumineuses étaient comme des cerises ; enfin le cul-de-sac de Douglas renfermait aussi des masses

bosselées. Toutes ces tumeurs péritonéales offraient une structure cancéreuse typique. Mort un an après l'opération, avec ascite.

Le grand épiploon, qui forme un tablier calleux, de 2 à 4 centimètres d'épaisseur, est soudé au sommet de la vessie et est parsemé de masses morbides blanchâtres disposées en noyaux et cordons. Des nodosités secondaires, variant d'une lentille à un pois, occupent les feuillets pariétal et viscéral du péritoine, les ganglions mésentériques et rétropéritonéaux, les téguments abdominaux, les psoas iliaques, le diaphragme et la plèvre diaphragmatique gauche.

Intégrité parfaite de tout le tube digestif et des autres viscères.

La texture de toutes ces tumeurs est la même que celle constatée lors de l'opération. Le point de départ des néoplasmes se trouve dans l'endothélium des capillaires et des interstices lymphatiques, ainsi que dans les cellules équivalentes du tissu conjonctif; les tumeurs renferment, en grand nombre, de magnifiques cellules géantes. J. B.

Expériences sur la méthode de néphropexie de Jaboulay, par G. BRIAU (*Archives prov. de chir., p. 702, novembre 1895*).

Ces expériences démontrent que la capsule propre du rein, intacte mais extériorisée et mise en contact avec un pansement antiseptique, est capable de proliférer et que cette prolifération, de concert avec le travail cicatriciel de la plaie tégumentaire, permet d'obtenir une fixation solide du rein mobile. Le pouvoir proliférant de la capsule propre, qui, d'après ces expériences, semble prouvé, a déjà été mis en discussion, à propos de la décortication partielle de la capsule propre du rein, comme temps nécessaire dans la néphropexie.

La fixation par le procédé de Jaboulay s'obtient parfois sans que le parenchyme et la capsule propre subissent la pénétration d'aucun corps étranger et l'examen microscopique du rein, ayant subi dans les expériences décrites le traumatisme le plus considérable, montre l'absence complète de lésions dans le parenchyme contigu à la capsule, qu'on a fait artificiellement proliférer. F. VERCHÈRE.

Zur Entstehung der subcutanen Nierenzeirressungen und der Wanderniere (Étiologie des déchirures sous-cutanées du rein et du rein mobile), par KÜSTER (*Arch. f. klin. Chir., L, 3, p. 676-686, 1895*).

L'auteur étudie les causes des déchirures sous-cutanées du rein. Ce sont : la compression de l'abdomen par devant et par derrière (écrasement) ; 2° les coups violents donnés sur la région des reins ; 3° une chute sur les pieds, le périnée, etc. ; 4° l'action musculaire. Ces déchirures sont très fréquentes chez le sexe masculin. En effet, chez l'homme, la région des reins est largement exposée aux traumatismes. L'auteur fait aussi entrer en ligne de compte dans la production des déchirures, la pression des liquides contenus dans le rein. Chez la femme on observe plutôt le rein flottant qui est en partie dû à la constriction de la partie inférieure du thorax par le corset. Quant aux déchirures, elle se produisent moins facilement parce que le rein de la femme est protégé par la graisse et par le rebord de l'os iliaque. MARCEL BAUDOUIN.

Tumours of the kydney composed of suprarenal tissue, par MAC WEENEY (*The Lancet, p. 1585, 21 décembre 1895*).

Mc W... décrit 2 nouveaux cas de tumeurs du rein composées de tissu surrénal. Une de ces tumeurs intéressait le rein gauche enlevé en 1892 à une femme âgée de 53 ans, vivant encore aujourd'hui et bien portante. La partie inférieure du rein est convertie en un gros kyste contenant une substance semblable à du tissu cérébral hémorragique.

Le 2[e] cas est celui d'une femme de 38 ans, chez laquelle on enleva, en septembre 1895, une tumeur nodulaire occupant l'emplacement normal du rein gauche : les nodules ressemblaient au tissu hépatique, et tous étaient encapsulés ; aucun ne paraissait dégénéré.

Au microscope, ces deux tumeurs avaient la structure du tissu surrénal.

MAUBRAC.

I. — Ueber abnorme Ausmündungen der Ureteren, par WÖLFLER (*Berlin. klin. Woch., n° 30, p. 664, 29 juillet 1895*).

II. — Ueber Einheilung des rechten Ureters in die Flexura sigmoidea, par TRENDELENBURG (*Ibidem, p. 665*).

I. — Fillette de 12 ans, atteinte d'incontinence d'urine causée par l'abouchement de l'uretère dilaté en vessie dans le vestibule vulvaire. A l'aide d'un instrument semblable à l'entérotome de Dupuytren et en ménageant le sphincter vésical, Wölfler établit au-dessus de ce dernier une communication, du calibre du pouce, entre la vessie et l'extrêmité dilatée de l'uretère ; puis, 6 mois plus tard, lorsque le sphincter vésical fut bien dilaté, il y ajouta la rotation de l'urètre de Gersuny. Actuellement, l'opérée peut retenir 5 ou 6 heures ses urines.

Wölfler, en se basant sur le travail de C. Schwarz inspiré par lui, répartit ainsi les différentes variétés d'abouchement anormal des uretères : 1° dans les vésicules séminales et le canal déférent ainsi que dans les canaux de Gärtner chez la femme ; 2° dans les organes génitaux provenant des canaux de Mueller (utérus et vagin) ; 3° terminaison en cul-de-sac, sous la muqueuse vésicale, au niveau du trigone ; ce mode de terminaison, en donnant lieu à un prolapsus kystique de la muqueuse, peut devenir l'origine de complications variées et graves, telles qu'obturation de l'orifice de l'uretère normal, gangrène du prolapsus, dégénération kystique des reins, etc. ; 4° dans les organes provenant du sinus génito-urinaire. Wölfler distingue, dans ce mode de terminaison anormale, l'abouchement dans l'urètre masculin, qui s'effectue de règle dans la portion prostatique, au niveau du veru montanum ; dans les 8 faits de ce genre, il s'agissait d'un uretère surnuméraire et il n'y avait pas d'incontinence d'urine. L'abouchement dans l'urètre féminin ne s'accompagne pas toujours non plus d'incontinence (Kolisko, Erlach) ; viennent ensuite l'abouchement dans le vagin (fistule vésico-vaginale congénitale) et l'abouchement dans le vestibule de la vulve dont on connaît 10 cas.

II. — Chez une jeune fille de 22 ans, à laquelle Trendelenburg avait dû enlever successivement l'urètre, la vessie et le rein gauche atteints de tuberculose, il a laissé un fragment des parois vésicales sur l'uretère pour pouvoir

convenablement l'aboucher, avec une suture de Lembert, dans l'*S* iliaque. La guérison se maintient depuis 18 mois, mais il y a de la rectite. J. B.

Fibro-sarcome calcifié de la vessie : extirpation, guérison. Étude histologique, par AUDRY (*Gaz. hebd.. Paris, 14 décembre 1895*).

Un homme de 48 ans, fut pris, en janvier 1805, d'une hématurie spontanée qui dura huit jours ; à partir de juillet, il eut des mictions fréquentes et des urines troubles, sanglantes. En octobre, on diagnostiqua une tumeur vésicale, qui fut enlevée par la taille hypogastrique médio-latérale.

Il s'agissait d'une tumeur, ayant le volume d'un poing de femme, implantée sur une zone mesurant cinq centimètres en avant et en dehors de l'uretère droit. Guérison sans incidents.

La tumeur était constituée par du tissu conjonctif allant jusqu'au type fibreux, semé de fibres musculaires, et par un tissu profondément modifié par les dégénérescences qui se produisent à la suite de la thrombose vasculaire. Il ne restait que des traces de la muqueuse. Baignant dans une urine infectée, la tumeur était envahie par des colonies microbiennes et des phosphates de chaux s'étaient déposés dans les fentes lymphatiques. C'était une calcification interstitielle par infiltration venue de l'extérieur. Il s'agissait là bien plutôt d'une hyperplasie papillaire en tumeur que d'un néoplasme véritable.

LEFLAIVE.

Sur une série de 80 lithotrities, par ALBARRAN (*9e Cong. franç. chir., octobre 1895*).

75 de ces lithotrities ont été faites chez l'homme, 4 chez la femme, et 1 chez une fillette. 20 calculeux avaient atteint ou dépassé 70 ans ; 7 étaient âgés de plus de 78 ans. Sur ces 80 calculs, 46 étaient des calculs phosphatiques, 29 des calculs uriques, 4 des pierres uro-phosphatiques, et 1 un calcul oxalique.

Malgré l'existence, dans un certain nombre de cas, de lésions infectieuses de la vessie et des reins, ces interventions ont été suivies de succès, sauf sur un malade mort d'anémie. OZENNE.

Cure radicale de l'hydrocèle par l'inversion de la tunique vaginale. par E. DOYEN (*Arch. prov. de chir., p. 706, 1895*).

Sous le chloroforme, après incision de 25 millimètres sur la partie antéro-inférieure des bourses, on ouvre la vaginale et on soutient les lèvres de l'incision avec deux pinces à forcipressure ; le liquide s'écoule au dehors, on sort des bourses la totalité de la vaginale, qui s'énuclée sans peine de son enveloppe conjonctive lâche, y compris le testicule, et on hernie ce dernier au travers de l'orifice de la séreuse, qui se trouve de la sorte en complète inversion. Le tout est remis en place et la petite incision cutanée réunie par trois points de suture. Aucune hémorragie, la réaction est nulle et bien différente du gonflement douloureux que l'on observe à la suite de l'injection iodée. F. VERCHÈRE.

Beiträge zur Kenntniss der Geschwülste der Schleimhaut des Hodens und des Samenstrangs (Des tumeurs de la tunique vaginale), par KAREWSKI (*Archiv f. klin. Chir., XLIX, 3, p. 688-697, 1895*).

Le malade, âgé de 57 ans, d'une bonne santé, avait vu, depuis quelque temps, se développer une tumeur sur le côté gauche des bourses. Cette tumeur avait atteint rapidement des dimensions énormes. Elle était piriforme et descendait jusqu'aux genoux ; elle remplissait complètement le scrotum, englobait le pénis, et l'urine s'écoulait par une fente longitudinale des téguments. La tumeur gênait considérablement la marche ; le malade était obligé de se maintenir soulevé, au moyen de bretelles adaptées à un suspensoir. Il s'agissait d'un sarcome énorme (8,900 grammes), qui englobait entièrement le testicule, mais le laissait libre dans sa tunique vaginale. Les lésions étaient telles qu'on est autorisé à affirmer que la tumeur avait eu, comme point de départ, la partie externe de la tunique vaginale. M. B.

Ligation of the vasa deferentia for prostatic hypertrophy, par BROWN (*New York med. Journ., p. 696, 30 novembre 1895*).

Un homme de 62 ans souffrait, depuis 6 ans, d'une hypertrophie de la prostate : le 11 juillet 1895, on sectionne les deux canaux déférents. Huit jours après, le malade pouvait émettre quelques gouttes d'urine sans recourir à la sonde ; puis la situation s'améliora, et aujourd'hui, l'opéré urine seul, mais sans toutefois vider entièrement sa vessie dans laquelle il reste, après chaque miction, environ 100 grammes d'urine. La prostate a sensiblement diminué de volume. MAUBRAC.

Traitement de la dysurie sénile par la section et la double ligature des canaux déférents, par ISNARDI (*Giorn. Accad. di med. Torino, 29 novembre 1895*).

En 1894, Isnardi a pratiqué pour la première fois la section des canaux déférents et la ligature des segments chez un vieillard atteint de dysurie et a répété cette opération peu de temps après, chez un autre malade dont la guérison s'est maintenue au bout de six mois et dont les testicules et la protaste s'étaient notablement atrophiés.

Depuis il a opéré douze autres malades.

Sur ces 14 malades trois sont morts de cancer prostatique, d'apoplexie, et le dernier par suicide. Il reste 11 opérés sur lesquels 8 ont guéri, un n'a subi aucune amélioration, et les deux autres ont été améliorés ; l'un était atteint de pyélo-néphrite et l'autre est mort de sénilité trop tôt pour que l'on ait eu le temps de constater sa guérison. Il est à remarquer que tous ces malades avaient subi auparavant les divers traitements usités contre l'hypertrophie prostatique, que presque tous se trouvaient dans de mauvaises conditions en raison de leur âge, de l'ancienneté de la maladie et des autres maladies dont ils étaient atteints.

Il faut avoir soin de sectionner les nombreux filets du grand sympathique qui entourent le canal déférent ; la section de ces filets nerveux contribue à assurer l'atrophie du testicule (par ce seul moyen Alessandri et Obolensky ont obtenu l'atrophie de ces organes chez le chien et le lapin).

La section suivie de la ligature des canaux déférents a sur la castration l'avantage d'être exempte de tout danger, de pouvoir être pratiquée

dans tous les cas, même quand il existe des difficultés d'ordre local (hernies irréductibles) ou d'ordre général (néphrite, cardiopathie, etc), de ne pas exiger le séjour au lit.

Elle est indiquée dans tous les cas où la dysurie trouble plusieurs fois dans la nuit le repos du malade, quand il existe une cystite rebelle.

Les effets sont réellements surprenants et le plus souvent immédiats ; les malades urinent facilement quelques jours ou même quelques heures après l'opération ; l'urine devient acide ; les signes de cystite, douleurs, pyurie, fréquence des mictions, cessent comme par enchantement.

G. LYON.

Du traitement de l'hypertrophie de la prostate par la castration, par PÉGURIER (*N. Montpellier méd., 28 décembre 1895*).

L'auteur passe en revue les différentes observations de traitement radical de l'hypertrophie prostatique par la castration et critique les conclusions des expériences de White et d'autres chirurgiens, relatives à la diminution de volume de la prostate chez les animaux qui ont subi la castration ; les examens d'organes génito-urinaires de bœufs et de taureaux faits par lui, lui ont permis de constater, contrairement à l'assertion d'autres auteurs, que la prostate n'a ni un volume ni un aspect macroscopique différents chez le bœuf et le taureau ou chez le bélier et le mouton. Il ne nie pas cependant les bons résultats produits par la castration dans un certain nombre de cas d'hypertrophie prostatique, mais croit que la castration agit surtout contre l'élément congestif. Ainsi que le dit Albarran, la disparition de la congestion suffit, à elle seule, à diminuer le volume d'une prostate hypertrophiée, du tiers et parfois de la moitié. G. LYON.

Des rapports entre les testicules et la prostate, par F. LEGUEU (*Arch. de physiol., p. 154, 1896*).

Il y a, entre les testicules et la prostate, une relation certaine, de nature inconnue manifestée par le fait que l'atrophie de la prostate se produit toutes les fois que les testicules sont supprimés ; de là l'emploi de la castration comme moyen de remédier à l'hypertrophie de la prostate. La castration physiologique (résection des canaux déférents) devait être examinée. C'est ce qu'a fait l'auteur. Les résultats ont été différents. L'excision du canal déférent ne provoque pas une atrophie aussi fréquente ni aussi accentuée que la castration. Le résultat est probablement en rapport avec l'âge de l'animal et le développement préalable de la glande. DASTRE.

Un cas de sarcome à grandes cellules rondes de la langue, par Edward DUNHAM (*The Amer. j. of the med. sc., p. 259, septembre 1895*).

Les premiers symptômes de la tumeur, chez un homme de 61 ans, apparurent huit mois avant l'opération. Elle était située sur le bord droit de la langue, au niveau de la première petite molaire. Elle était sphérique, sauf une petite saillie papillomateuse à son sommet, et ne présentait pas d'ulcération. Après l'ablation, on put constater qu'elle était parfaitement sphérique, sans pédicule, d'une structure uniforme. La muqueuse linguale recouvrait toute sa surface.

Thérapeutique chirurgicale des maladies des articulations, par L. PICQUÉ et Fl. MAUCLAIRE (*Paris, 1895*).

Fidèles à leur titre, les auteurs ne se sont pas cependant contentés d'interpréter le but que s'est proposé le chirurgien dans le choix de telle ou telle méthode, en menant constamment le lecteur sur le domaine de l'anatomie ou de la physiologie pathologique. Prenant en considération la révolution qui s'est opérée depuis 20 ans en chirurgie sous l'influence de l'antisepsie et de l'asepsie, ils ont cherché à faire un classement historique des méthodes thérapeutiques, d'autant qu'il est parfois nécessaire de revenir à d'anciens procédés trop délaissés aujourd'hui.

Le premier volume est consacré à l'étude des entorses, hémarthroses, hydarthroses, plaies articulaires, luxations en général, et en particulier. Dans le deuxième volume se trouve étudié avec grand détail le traitement de la tuberculose articulaire : les différentes formes comportent des traitements différents et sont étudiées à part.

Toutes les méthodes de traitement y sont tour à tour envisagées dans leurs indications, contre-indications, résultats immédiats et éloignés. Vient ensuite un chapitre d'orthopédie dans lequel le traitement des difformités congénitales et acquises est exposé longuement.

La luxation congénitale de la hanche, dont le traitement occupe tant les chirurgiens de notre époque, est étudiée d'une façon spéciale. Quelques développements sont consacrés au poignet varus et valgus, à la coxa vara et valga, ainsi qu'au cubitus valgus et varus, etc.

Ce deuxième volume se termine par le traitement des maladies chirurgicales des muscles, aponévroses, tendons, synoviales tendineuses et bourses séreuses. F. VERCHÈRE.

Kritik unserer therapeutischen Bestrebungen bei der Tuberculose des Kniegelenks....., par KŒNIG (*Berlin. klin. Woch., n° 26, p. 578, 1er juillet 1895*).

Dans le cours de 18 ans, Kœnig a réséqué ou amputé 300 genoux tuberculeux. De l'examen de ces articulations, il conclut que pour l'immense majorité des cas, les lésions dérivaient d'un exsudat séro-fibrineux, et que la plus grande partie des altérations secondaires étaient produites par la précipitation de la fibrine en certains points.

Le précipité s'organise, se vascularise à la façon du pannus et se stratifie jusqu'à ce que l'exsudation cesse, puis le cartilage se perfore comme un crible, l'os est envahi sur certaines places fixes où l'on voyait jusqu'ici les lieux de naissance des foyers osseux primitifs. Comme dans l'arthropathie des hémophiliques (*R. S. M.*, XL, 276), c'est donc la fibrine, et non le bacille tuberculeux, qui est la force destructive.

Des 615 ou 620 malades sur lesquels Kœnig possède des renseignements récents, 410 sont encore vivants, soit une mortalité de 33 0/0; 140, soit 81 0/0, ont succombé à la tuberculose, tandis que 18 seulement soit 2,5 0/0, sont morts d'une infection aiguë ou d'une intoxication.

Les injections phéniquées ont donné plus de guérisons que celles d'iodoforme. Le traitement conservateur a été employé chez 191 malades, soit 27 0/0, tandis que les 512 autres, représentant les 73 0/0 de la tota-

lité des cas, ont été l'objet d'opérations, à savoir : 150 d'arthrectomie, 300 de résection et 91 d'amputation. Sur 36 cas d'injections phéniquées, on a compté 25 guérisons, dont 21 avec articulation restée mobile, tandis que les 40 cas d'injections iodoformées n'ont fourni que 13 guérisons, dont 6 avec conservation des mouvements de la jointure.

Sur les 150 malades arthrectomisés, il y avait 122 enfants. Les résultats définitifs sont connus pour 130 de ces opérations, se décomposant en 106 guérisons (70 0/0) et 24 morts. Sur 94 cas où il existe un raccourcissement du membre par arrêt de croissance, il en est 67 où ce raccourcissement oscille de 2 à 20 centimètres. Les 269 résections sur lesquelles Kœnig a des informations fraîches comprennent 183 guérisons, soit 68 0/0, et 86 morts, dont 58 par tuberculose.

Si un tiers seulement des malades n'a pas subi d'intervention chirurgicale, c'est que chez les autres, à la longue, il a fallu renoncer au traitement conservateur. Kœnig estime que le moment est venu d'opérer quand on ne peut plus espérer avoir une articulation mobile. Chez les gens âgés, la résection est ce qui vaut le mieux. Kœnig s'élève contre la nouvelle méthode de munir les malades d'appareils permettant la marche.

J. B.

Statistique microbienne de l'ostéomyélite aiguë, par LANNELONGUE (*9e Congres franç. de chir., octobre 1895*).

Les microbes qui provoquent l'ostéomyélite aiguë, sont de diverses espèces : sur 90 cas, le staphylocoque orangé a été trouvé 56 fois ; le blanc 11 fois, l'orangé et le blanc 1 fois ; le citron 1 fois ; l'orangé et le colibacille 1 fois ; le streptocoque pyogène, 11 fois ; ce dernier et le staphylocoque blanc 1 fois ; le pneumocoque, 3 fois ; le microcoque indéterminé 2 fois et le bacille d'Eberth 4 fois.

Le streptocoque et le pneumocoque frappent surtout les jeunes enfants.

Les associations microbiennes sont particulièrement graves.

Il est important pour le traitement de distinguer ces différentes espèces d'ostéomyélite.

L'ostéomyélite à staphylocoques devra être traitée, à une période précoce, par la trépanation large et les grandes ouvertures des os longs. L'ostéomyélite à streptocoques n'exigera qu'une simple trépanation. Enfin, s'il ne s'agit que de pneumocoques, on se contentera d'inciser l'abcès jusqu'à l'os.

OZENNE.

Contribution à l'étude des ostéo-arthrites tuberculeuses : forme atrophique (carie sèche de Volkmann), par L. MARTEL (*Thèse de Lyon, 1895*).

La carie sèche de Volkmann peut se rencontrer dans toutes les grandes articulations ; ce qui la caractérise, c'est la tendance sclérosante et atrophique qui retentit sur les organes de développement de l'os et produit des troubles d'accroissement en rapport avec la localisation et peut-être le degré de virulence de l'infection bacillaire. La nature tuberculeuse de cette affection est prouvée par la clinique, l'anatomie pathologique et l'expérimentation. L'affection peut revêtir le caractère d'une forme inter-

médiaire entre les autres formes d'ostéo-arthrites tuberculeuses. La symptomatologie est parfois très typique et calquée sur la description de Volkmann; quelquefois elle prend une allure spéciale qui indique la transformation en une autre forme correspondante à l'un des stades classiques de la tumeur blanche.

La résection est le traitement de choix. H. FRENKEL.

Traitement de l'ostéomyélite, par von BERGMANN (de Riga) (*St-Petersburg. med. Woch.*, *n° 17*, *1895*).

Dans le dernier congrès des chirurgiens allemands, des orateurs se sont élevés contre la résection totale en cas d'ostéomyélite. Von Bergmann, qui en est partisan, s'appuie sur son expérience qui porte sur plus de 150 cas. L'incision des seules parties molles n'est qu'un pis-aller, admissible uniquement quand les circonstances extérieures empêchent une intervention radicale. L'os doit toujours être largement ouvert et non-seulement la cavité médullaire, mais encore l'extrémité spongieuse de la diaphyse correspondante. Quand les symptômes généraux sont très graves, le gonflement des membres diffus, la moelle osseuse farcie d'abcès miliaires, la résection totale est indiquée, alors même que le décollement du périoste est peu étendu. C'est le seul moyen de sauver les malades. Pour les os plats, il n'en résulte aucun trouble fonctionnel. Pour les os longs, le seul inconvénient possible, c'est que le malade soit obligé de porter une éclisse, sa vie durant; sur 25 malades traités de cette façon, 25 ont guéri. J. B.

Central Riesen Zellensarcom des Calcaneus, par FAHLENBOCK (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, *XLII*, *1-2*, *p. 175-188*, *1895*).

Une femme de 30 ans, qui s'était fait une entorse, constata au bout de quelque temps une tuméfaction de cette région du pied, en même temps qu'elle ressentait une vive douleur quand elle posait le pied à terre. Elle fut traitée par l'immobilisation, des pommades, des compresses, des injections, mais tout sans succès. 6 mois après l'accident, son pied présentait deux tumeurs molles, bleuâtres; l'une était entre le tendon d'Achille et la malléole externe, l'autre à la face interne du calcanéum; ce dernier très sensible à la pression; le pied se trouvait en légère supination.

Le calcanéum fut extirpé tout entier avec le néoplasme; il s'agissait d'un sarcome central du calcanéum ayant perforé la couche corticale de cet os à la face supérieure. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un sarcome à myéloplaxes. La guérison s'effectua sans complication.

L'apparition des nombreuses veines sous-cutanées dans les cas de sarcome faciliterait, d'après l'auteur, le diagnostic différentiel entre la tuberculose et le sarcome du calcanéum. M. B.

Réfection d'une perte de substance du tibia, par L. OLLIER (*Lyon méd.*, *29 décembre 1895*).

Jeune fille de 23 ans. En 1895, résection de 16 centimètres de tibia, ayant laissé un déficit osseux de 8 centimètres, comblé par une masse cartilagineuse souple. O. combla la perte de substance en greffant un fragment osseux de 14 centimètres pris sur le tibia opposé, en implantant des chevilles osseuses,

en réséquant le péroné pour rapprocher les fragments. Grâce à ces diverses opérations, le tibia est aujourd'hui solide et la démarche est assurée sans claudication. A. C.

Désarticulation de l'os iliaque pour sarcome....., par GIRARD (de Berne) (*9e Cong. franç. de chir., octobre 1895*).

Jeune fille de 17 ans, ayant subi la désarticulation de la cuisse pour sarcome du fémur. Récidive au bout de 7 mois. On pratique alors la désarticulation de l'os iliaque, y compris l'ischion et le pubis, sauf la portion d'insertion du muscle droit abdominal. Guérison opératoire en trois semaines. Marche au moyen de deux béquilles. OZENNE.

Des différents modes de traitement opératoire de l'ankylose du genou, par KIRMISSON (*Revue d'orthop., 1er septembre et 1er novembre 1895*).

La ténotomie à ciel ouvert des muscles du creux poplité est une opération d'une bénignité absolue. Dans aucun des cas où l'auteur y a eu recours, elle n'a eu le moindre inconvénient. Quand il existe encore une quantité notable de mouvements dans l'articulation, elle permet le redressement, tout en évitant l'emploi de la violence qui détermine l'arrachement de parcelles osseuses ou la déchirure des ligaments. Dans le cours même des arthrites chroniques, lorsque l'équilibre musculaire a été rompu par l'atrophie du triceps et que les muscles fléchisseurs contracturés ont tendance à placer constamment le membre dans une attitude vicieuse, plutôt que de recourir à des redressements successifs sous le chloroforme, il sera préférable de pratiquer d'emblée la section à ciel ouvert des tendons du creux poplité, qui procurera à la fois l'immobilité absolue et l'attitude favorable à la guérison. Cela est surtout vrai pour le tendon du biceps qui est le principal agent du déplacement et tend à imprimer au membre la flexion combinée à l'abduction et à la rotation en dehors ; en un mot, l'attitude caractéristique dans les arthrites chroniques du genou.

Ici, la section à ciel ouvert est d'autant plus indiquée que la section sous-cutanée présente toujours des dangers à cause des rapports intimes du muscle avec le nerf sciatique poplité externe. Dans les cas où l'ankylose est complète ou presque complète, la section à ciel ouvert des tendons ne saurait procurer le redressement ; force est bien de s'adresser au squelette lui-même. Ici, l'ostéotomie constitue une ressource précieuse ; elle pourra être faite, soit linéaire, soit cunéiforme, suivant l'intensité de la déformation. Elle offre pour principal avantage de laisser intacts les cartilages épiphysaires du genou, qui sont les principaux agents du développement du membre en longueur. Si la difformité est trop prononcée, on n'arriverait à la corriger au moyen de l'ostéotomie qu'en donnant naissance à une seconde infirmité en sens inverse au-dessus de l'interligne articulaire ; et si même le résultat fonctionnel était bon, il laisserait toujours beaucoup à désirer au point de vue de la forme, Dans ces conditions, il est préférable d'avoir recours à la résection. Quand le squelette a fourni son plus grand développement, après 18 ans par exemple, il n'y a plus intérêt à conserver les cartilages épiphysaires, et la résection orthopédique du genou se présente comme l'opération la plus

simple et la plus radicale en même temps. La résection s'impose, s'il reste encore dans l'articulation ankylosée des foyers tuberculeux qui puissent devenir une menace de récidive ou de généralisation. CART.

Zur Kenntniss der Achillodynie, par A. RÖSSLER (*Deutsche Zeitschrift f. Chir., XLII, 3, p. 261-274, 1895*).

Les malades atteints d'achillodynie éprouvent durant la marche et la station debout une douleur localisée à l'insertion du tendon d'Achille qui disparaît une fois couché. A l'examen, on trouve une tuméfaction dure ; le calcanéum semble être tuméfié de chaque côté de l'insertion tendineuse. Schüller attribuait cette maladie à une inflammation de la bourse séreuse située entre le calcanéum et le tendon d'Achille. Rosenthal prétendait que l'achillodynie était produite par la formation de névromes. L'auteur, après de très nombreuses recherches sur le cadavre, a constaté que la bourse séreuse rétro-calcanéenne était très rarement normale et qu'elle pouvait quelquefois revêtir les caractères de l'achillodynie. Sur certaines pièces, on a vu des lésions plus ou moins profondes : prolifération, calcification du périoste, oblitération de la bourse séreuse avec formation de villosités, ou encore abondance de liquide séreux.

L'étiologie en est variable ; la cause peut être traumatique chronique répétée ou traumatique aiguë, par des maladies infectieuses, l'influenza, la gonorrée, le rhumatisme. Le traitement est antiphlogistique dans les cas aigus ; on emploiera la compression dans les cas chroniques. En cas d'échec, incision et curetage de la bourse séreuse. M. B.

Uber die unblutige..... (Sur un traitement non sanglant des luxations congénitales de la hanche, par une méthode de compression fonctionnelle), par Adolphe LORENZ (*Centralbl. für Chir., n° 33, 1895*).

D'après les constatations anatomo-pathologiques au cours de 170 opérations pour luxations congénitales de la hanche, l'auteur a conçu nn procédé, tout à fait opposé aux méthodes mécaniques ordinaires. Il a eu l'occasion de l'appliquer 13 fois. Comme dans sa méthode opératoire, son procédé comprend trois temps : abaisser la tête au niveau du cotyle; agrandir celui-ci ; réduire la tête dans le cotyle. Mais la succession de ces temps n'est pas la même.

L'abaissement de la tête fémorale, sans extension préalable, est faite sous anesthésie, par tractions manuelles ou instrumentales, et l'auteur en affirme la possibilité, constatée par lui plus de 100 fois. L'abaissement est reconnu par le ressaut de la tête sur le bord de l'acetabulum, accompagné d'un bruit sourd. Pour maintenir cet abaissement et réintégrer la tête dans le cotyle, il faut placer la cuisse dans l'abduction forcée, peut-être avec flexion.

Le membre sera immobilisé dans cette attitude à l'aide d'un appareil compressif qui, refoulant la tête fémorale contre le fond du cotyle, détermine l'agrandissement de celui-ci. Enfin l'abduction sera progressivement diminuée sans aller jusqu'à reproduire la luxation, et le malade pourra se tenir debout et marcher ; le poids du corps remplace dès lors l'appareil compressif pour creuser le cotyle.

Le plus âgé des enfants traités avait 6 ans et 3 mois (lux. double). Le

traitement, dans un cas, n'a interrompu la marche que trois jours (lux. simple). Deux luxations doubles ont pu se tenir debout après six semaines.

Cette méthode, manuelle, agissant par compression, utilise le jeu de l'articulation de la hanche. Elle a sur les méthodes d'extension l'avantage de ne pas immobiliser, de longues années, les enfants, de ne pas priver leur membre de sa fonction ; on peut les promener pendant le traitement et, après quelques semaines, ils marchent sur leur jambe sans appareil de soutien. En cas d'insuccès, on peut avoir recours à une intervention sanglante, sans que le malade ait été immobilisé plusieurs années.

Quelques considérations sur le traitement de la tumeur blanche du genou, par CALOT et DECHERF (*Revue d'orthop.*, *1er janvier 1896*).

Le traitement de la tumeur blanche du genou chez l'adulte est la résection hâtive.

Chez l'enfant, le traitement orthopédique, seul ou aidé des injections modificatrices et des pansements antiseptiques, conduit toujours à la guérison,pourvu qu'on ait le secours d'un bon climat, d'une bonne hygiène et d'une bonne alimentation.

La contention de l'article malade n'est parfaitement réalisée que par le grand appareil plâtré embrassant la totalité du membre inférieur et le bassin.

Il est des cas où l'attitude reste bonne pendant toute la durée de la maladie et des cas où la correction se maintiendra facilement à la suite du redressement ; il en est, par contre, où rien ne peut empêcher la déviation de se reproduire, après l'enlèvement du grand appareil plâtré. En pareil cas, dès que l'usage des tuteurs habituellement employés est reconnu insuffisant, le seul moyen d'assurer la rectitude du membre, c'est de faire l'avivement des extrémités articulaires et d'en amener ainsi la soudure en bonne position. Ce traitement est non seulement le plus parfait, mais encore le plus simple, le plus rapide, tout en étant le plus bénin.

CART.

Zur symptomatologie..... (Symptomatologie des côtes cervicales), par J. SCHNITZLER (*Centralbl. für Chir.*, *n° 37*, *1895*).

La description anatomique et clinique des côtes cervicales par Ehrich et Tillmann, ne fait pas mention de la complication survenue dans le cas suivant :

Une jeune fille de 17 ans vient consulter pour une tumeur du sternum, qui se présente comme l'extrémité sternale de la clavicule habituellement luxée. En faisant porter l'épaule en avant, la région reprend son aspect normal ; la saillie augmente dans le cas inverse. La malade n'attribue pas de cause à ce fait. Une palpation attentive montre dans le creux sus-claviculaire une tumeur, arquée, osseuse, étendue, de la dernière vertèbre cervicale au milieu de la clavicule, dont la malade ignorait la présence. L'extrémité antérieure est mobile. Pas de troubles nerveux ou vaso-moteurs du bras. Par suite de l'union de cette côte cervicale avec le milieu de la clavicule, celle-ci s'est peu à peu luxée sous l'influence des mouvements de l'épaule. La malade s'est refusée à toute opération.

ROBINEAU.

Ueber Arthrodes im Fusse (De l'arthrodèse au pied, par O. SAMTER (*Centralbl. für Chir.*, *n° 32, 1895*).

Samter a déjà publié un travail sur la nécessité de faire porter l'arthrodèse sur l'articulation astragaloc-alcanéenne en même temps que sur la tibio-tarsienne, et d'unir ainsi d'une façon immuable la calcanéenne aux os de la jambe, ce qui empêche la production ultérieure de mouvements anormaux dans cette articulation sous-astragalienne.

Karewski considère cette laxité secondaire comme très rare (deux cas sur dix-huit), à condition de faire porter aux malades de solides brodequins, et croit que la mobilité anormale se produit aussi bien dans les articulations antérieures du tarse que dans la sous-astragalienne.

A ces objections, Samter répond que ses opérés ont pu se servir de chaussons et de pantoufles, et que la mobilité anormale des articulations tarsiennes antérieures ne peut être appréciée que si l'on a, au préalable, fixé la sous-astragalienne. Son opération ne s'adresse pas seulement aux pieds ballants, mais aussi aux cas de contractures avec production de varus et surtout de valgus. Il la préfère à l'extirpation de l'astragale.

ROBINEAU.

Uber Arthrodese des Fusses..... (Arthrodèse du pied paralytique), par F. KAREWSKI (*Centralbl. für Chir.*, *n° 36, 1895*).

L'arthrodèse astragalo-calcanéenne préconisée par Samter, n'est pas nécessaire, car la mobilité anormale de cette articulat ion, consécutivement à l'arthrodèse tibio-tarsienne, est très rare (2 cas sur 20). L'avantage de pouvoir faire porter des chaussons aux malades ne peut entrer en ligne de compte, puisque de l'avis de tous, les déformations du pied paralytique doivent être combattues par l'emploi de chaussures solides. En outre cette méthode en quelque sorte prophylactique, est antiphysiologique, car, en fixant le talon aux os de la jambe, on supprime la fonction de l'articulation astragalo-calcanéenne, qui peut suppléer en partie la tibio-tarsienne et conserver à la marche son élasticité. En cas de déformations par contracture, les sections tendineuses suivies de redressement du pied, sont préférables à l'arthrodèse astragalo-calcanéenne.

ROBINEAU.

Hepatic abscess following duodenal ulceration caused by a burn (brûlure), par HEHIR (*Indian med. Record*, *VIII*, *12*, *p. 438*).

Un soldat fut atteint, par l'explosion d'une lampe, de brûlures profondes et s'étendant à la face, au cuir chevelu, au cou et au tronc. Neuf jours après, le patient se plaignait de douleurs dans la région épigastrique; ces douleurs s'étendirent bientôt à toute la portion antérieure de l'abdomen au-dessus de l'ombilic. Le 12ᵉ jour, parut de la diarrhée, les selles contenaient du sang et du mucus. Le 21ᵉ jour, hémorragie abondante qu'on maîtrisa par le froid et l'ergotine à l'intérieur. Puis le patient entra en convalescence et quitta l'hôpital le 25ᵉ jour. Durant 18 jours il fit son service. Il prit alors une pneumonie, qui suivit son cours ordinaire, mais la convalescence ne fut pas franche. De la toux persistait avec douleur à la base du poumon droit; au bout d'un mois, on retirait de la plèvre, sans apporter grand soulagement, 6 onces de liquide. Puis le foie augmenta de volume, la toux devint plus sévère,

la dyspnée s'accentua et des vomissements survinrent. On crut à un abcès du foie ; des ponctions restèrent blanches, mais une opération ultérieure évacua 1,700 grammes de pus; quelques jours après on évacuait encore 1,200 grammes de pus du foie, et 500 grammes de liquide séro-purulent intra-pleural. Le patient s'affaiblit et succomba.

A l'autopsie on trouve la troisième portion du duodénum avec cinq ulcères cicatrisés et deux ulcères en voie de guérison; le plus grand du volume d'une pièce de 1 franc, le plus petit de 1 centimètre et demi de diamètre. Le foie était très volumineux; le lobe droit était occupé par trois abcès : le plus volumineux, celui qui avait été ponctionné, avait le volume de la tête d'un fœtus de 8 mois; le lobe gauche contenait également trois abcès volumineux : ces abcès étaient eux-mêmes entourés de nombreuses collections purulentes plus petites. MAUBRAC.

Quatre cas de rate mobile, par HARTMANN (*9e Cong. franç. chir., octobre 1895*).

1° Jeune fille de 18 ans. Rate volumineuse; brusquement vives douleurs abdominales et vomissements. Extirpation de la rate, dont le pédicule présentait une double torsion. Depuis deux ans et demi santé parfaite.

2° Femme de 40 ans, souffrant de troubles digestifs et prise, depuis peu de temps, d'accidents péritonéaux intenses. Rate volumineuse. Splénectomie. Bonne santé depuis 18 mois, date de l'opération.

3° Observation de deux autres faits de grosses rates mobiles provoquant des crises douloureuses et calmées par le port d'une ceinture. OZENNE.

De la néphro-lithiase consécutive aux lésions traumatiques de la moelle épinière, par K. MULHER (*Arch. f. klin. Chir., L, 3*).

La néphrolithiase est constante dans toutes les fractures de la colonne vertébrale compliquées d'écrasement de la moelle épinière. Une compression même légère peut déterminer une néphrolithiase. Le siège de la lésion n'a aucune importance; mais il n'en est pas de même des lésions médullaires.

L'immobilité ne peut expliquer la perturbation de la fonction rénale, puisque, dans les autres fractures nécessitant le repos absolu, on ne constate pas d'affection du rein; le décubitus ne saurait non plus être invoqué. L'auteur arrive à cette conclusion que la néphrolithiase est la conséquence de la compression de la moelle, qui détermine une néphrite avec destruction des éléments glandulaires. M. B.

OPHTALMOLOGIE.

Ueber die Bedentung der Linse bei Myopie (La valeur du cristallin dans la myopie), par GREEF (*Klin. Monats. f. Augenh., octobre 1895*).

Jusqu'alors on avait attribué au cristallin une valeur de 10 D environ dans l'œil normal, tandis que, depuis qu'on l'extrait sur l'œil myope, on s'est

aperçu qu'il fallait quelquefois lui donner jusqu'à 15 D et davantage. Il ne faut donc pas opérer les myopies au-dessous de 15 D. Chez une malade de Greeff, dont les deux yeux avaient une myopie de 10 D avec V = 6/20, on opéra avec succès complet l'œil gauche; V devint alors 1/25 ; avec un verre + 5 D, la malade récupérait 6/20. Aussi la malade est mécontente de son opération, et renonce à se servir de l'œil opéré. D'après Greeff, ce qui peut donner cette valeur plus grande au cristallin, c'est la distance plus grande entre le cristallin et la rétine, la densité plus grande du cristallin, et l'augmentation de ses courbures. ROHMER.

Bemerkungen über binoculares Sehen Schielender (Remarques sur la vision binoculaire des strabiques), par GREEF (*Klin. Monats. f. Augenh., octobre 1895*).

Après l'opération du strabisme, on arrive quelquefois à une vision binoculaire parfaite; grâce aux expériences stéréoscopiques, on peut obtenir, d'après Schmidt-Rimpler : 1° la vision double binoculaire dans le stéréoscope ; 2° la vision simple binoculaire dans le stéréoscope ; 3° la sensation du relief corporel ; enfin, mais très rarement, l'appréciation exacte de la distance dans l'expérience de Hering, c'est-à-dire la fusion exacte de l'image d'une bille qu'on laisse tomber à des distances variées en avant ou en arrière d'un fil tendu pour la fixation. Une jeune fille de 14 ans, à convergence affaiblie, et après ténotomie du droit externe, qui, sur 100 épreuves avec l'appareil de Hering, ne se trompa que 2 fois, tandis qu'elle n'aurait jamais obtenu le relief corporel au stéréoscope. En faisant l'épreuve de Hering avec chaque œil séparé, elle indiquait 50 0/0 d'erreur. ROHMER.

De l'élongation des muscles oculaires dans le traitement du strabisme non paralytique, par PANAS (*Bulletin Acad. de méd., 24 décembre 1895*).

Dans les cas de strabisme non paralytique, la ténotomie est souvent suivie d'insuccès. Panas a pensé que l'obstacle au redressement du globe tenait à la rétraction du fourreau aponévrotique du muscle, y compris celle de son aileron orbitaire. Pour y remédier, il a d'abord pratiqué, sur 5 sujets, l'élongation du muscle déviateur, ce qui a eu pour résultat d'allonger tout le système musculo-aponévrotique et il a ensuite procédé à la section du tendon au ras de la sclérotique.

L'opération a été suivie de succès. Elle se pratique ainsi : la conjonctive incisée par une boutonnière latérale, on introduit sous le muscle enveloppé de sa gaine ténonienne un large crochet à strabisme, de façon à comprendre le tendon et son expansion aponévrotique oculaire. Par des mouvements latéraux et antéro-postérieurs du crochet, on sépare largement l'ensemble du système de la sclérotique sous-jacente, puis on procède à des tractions lentes et continues jusqu'à ramener le globe vers la commissure opposée. Cela fait, on exécute la ténotomie et l'on termine en suturant la conjonctive au catgut. OZENNE.

Die operative Behandlung des Astigmatismus (Traitement de l'astigmatisme), par FABER (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., septembre 1895*).

Chez un jeune homme de 19 ans, dont l'œil droit avait V = 4/10, myopie 0,75 D, Ast. 1,50 D 60° tempor. V, après correction = 4/5. On fit une incision de 6 millimètres environ sur le limbe scléro-cornéen du côté temporal. Seize jours plus tard, le résultat était le suivant : V = 6/8, Ast. 0,75 D à 30° tempor. V après correction = 5/6. L'acuité visuelle s'est donc améliorée de plus de 1/4, et le méridien principal de 60° s'était déplacé à 30°, Le résultat a donc été bon ; mais il sera difficile, dans tous les cas, de tomber juste dans la grandeur de la plaie, sa direction, l'application des myotiques, etc. C'est ce que l'avenir aura à résoudre, peut-être même pour la myopie. ROHMER.

Die neuropatische Natur des Nystagmus, par GRAEFE (*Graefe's Arch., XLI, 3*).

Dans le nystagmus acquis, contrairement à ce qui se passe pour le nystagmus congénital, il faudrait attribuer la lésion primitive à une vision défectueuse qui impressionnerait d'une façon anormale les centres moteurs. Les mouvements des yeux ne sont pas perçus par les individus atteints de nystagmus, pas plus que nous ne pouvons voir, dans une glace, les mouvements de nos propres yeux. ROHMER.

Ein seltener Fall von luetischer Affection der Augenhöhlen (Un cas rare d'affection syphilitique des orbites), par MANDELSTAMM (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., octobre 1895*).

Chez un homme de 55 ans, atteint de syphilis ancienne, il se développa dans l'orbite des productions gommeuses, plus volumineuses à droite qu'à gauche, et qui se traduisaient par de l'exophtalmie, une parésie de presque tous les muscles extrinsèques, une énorme stase veineuse donnant lieu à de l'œdème des paupières et des joues ; les gommes siégeaient probablement au niveau de la fente sphénoïdale. Le traitement fit céder, mais lentement, toutes ces lésions. ROHMER.

Die Exstirpation der Thränendrüsen bei Tränenträufeln, par HEGG (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, 15 août et 15 novembre 1895*).

Deux des malades auxquels Hegg a extirpé la portion palpébrale de la glande lacrymale (des deux côtés chez l'un), pour faire cesser un épiphora, avaient encore de la dacryocystite avec obstruction complète du conduit lacrymonasal; malgré des opérations réitérées sur le sac lacrymal, il subsistait un peu de sécrétion purulente; depuis l'extirpation de la glande palpébrale, suppuration et larmoiement ont à peu près disparu.

Dans quelles circonstances l'opération de Wecker est-elle indiquée?

Un premier point sur lequel tout le monde est unanime, c'est qu'elle trouve sa principale indication dans les cas de simple épiphora, sans infection des voies lacrymales où toute la maladie consiste dans la sécrétion exagérée des larmes, jointe à un fonctionnement de moins en moins suffisant de l'orbiculaire, des points lacrymaux et du sac lacrymal. Les cas où existe de la suppuration des voies lacrymales sont beaucoup

moins favorables. Abadie (*R. S. M.*, XII, 660) et Truc (*R. S. M.*, XXXV, 666) recommandent cette opération dans la conjonctivite granuleuse invétérée et dans les complications palpébrales et cornéennes.

De son côté, Hegg le conseille contre le larmoiement qui rend certaines kératites eczémateuses rebelles à tous les médicaments.

Toutes les fois que l'extraction de la glande lacrymale palpébrale semble justifiée, on ne doit pas trop la différer; tel est particulièrement le cas pour les rétrécissements cicatriciels des voies lacrymales où le cathétérisme échoue habituellement. Si, en revanche, le larmoiement est symptomatique d'une affection lacrymale, il faut d'abord soigner celle-ci.

On doit d'autant moins hésiter à extirper la glande palpébrale qu'en somme c'est une opération moins grave que certains sondages répétés et que les complications consécutives sont rares. L'ablation de la glande orbitaire prônée par Laurence et par Everbusch (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1888), tout en étant moins efficace, est beaucoup plus sérieuse et a donné lieu à la mort par phlegmon de l'orbite et l'atrophie du nerf optique par hémorragie orbitaire.

Dans la discussion, Pflüger déclare n'être non plus partisan de l'extirpation de la glande qu'autant que la maladie des voies lacrymales est guérie. A la suite d'une de ces opérations, il a vu se développer une hydropisie passagère d'un conduit secréteur. J. B.

Ein Beitrag zu den Hauthörnern der Augenlider (Contribution à l'étude des cornes des paupières, par ACHENBACH (*Centralbl. f. prakt. Augenh., octobre 1895*).

De l'examen histologique qu'il a pratiqué, l'auteur conclut qu'il y a une multiplication cellulaire primitive dans la couche muqueuse de l'épiderme, qui a provoqué en même temps une hypertrophie partielle des papilles et amené la corne cutanée. Quant à la question de savoir si le point de départ de la production est un follicule sébacé ou un kyste athéromateux, il n'y a aucune preuve en faveur de cette façon de voir. Au point de vue de l'étiologie, on voit les cornes pousser tantôt sur la peau saine, tantôt sur des cicatrices ou des loupes. Certains auteurs les ont assimilées aux papillomes cutanés transformés. ROHMER.

Un cas d'auto-inoculation de carcinome mélanique de la paupière, par VENNEMAN (*Ann. Soc. belge chir., 15 juillet 1895*).

Homme de 55 ans, portant, depuis 4 ou 5 ans, sur le bord marginal de la paupière inférieure gauche une tache noire et indolore. Dans ces derniers temps cette tache a grossi et actuellement elle forme une tumeur ulcérée saignante de la largeur de 3 centimètres. Intégrité de la muqueuse conjonctivale et de la peau qui recouvre la tumeur.

De plus, on note une tumeur absolument semblable sur le bord ciliaire de la paupière supérieure, elle occupe exactement la partie de la conjonctive tarsienne qui recouvrait la partie ulcérée de la première tumeur. D'après l'auteur, cette inoculation s'est faite par l'intermédiaire de cellules épithéliales détachées par ulcération de la tumeur principale ; ces cellules se sont infiltrées entre les cellules du tégument intact et y ont apporté avec elles le germe de la maladie ; le microscope a prouvé que des cellules prises à la surface de l'ulcération étaient chargées de pigment. OZENNE.

Ueber die Bacterien des Lidrandes..... (Les bactéries des bords libres des paupières et des culs-de-sacs conjonctivaux et leur résistance aux pansements et pommades), par BRANDT (*Wurzbourg*, *1895*).

Dans une première partie, l'auteur énumère tous les microorganismes trouvés sur la surface de l'œil et des paupières ; dans une seconde, il fait part de ses recherches personnelles qui ont consisté à aseptiser l'œil avec du sublimé à 1/3000 et de l'oxycyanure de mercure à 1/5000 ; un pansement était appliqué qu'on changeait 3 fois dans les 24 heures ; l'examen bactériologique était fait avant et après la désinfection ; on étudia comparativement les résultats obtenus avec le pansement sec et les lavages avec la solution physiologique de chlorure de sodium. L'expérience porta sur 69 cas de lésions oculaires diverses. Dans 50 0/0 des cas, avec les solutions antiseptiques, on put constater une augmentation notable du nombre des microorganismes ; dans 22,2 0/0, il y eut tantôt diminution, tantôt augmentation ; dans 8 0/0, pas de changement.

Le pansement avec la solution physiologique n'a nullement diminué le nombre des microorganismes. Le pansement sec favorise le développement des bactéries.

Les pommades ont donné de meilleurs résultats, et c'est la vaseline au sublimé qui tient le premier rang. ROHMER.

Zur Operation der Trichiasis, par THIER (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, *juillet 1895*).

L'auteur excise d'abord un lambeau de peau sur la paupière, large de 3 millimètres et parallèle au bord ciliaire ; ce lambeau est placé sur une plaque de verre bien aseptique, puis on suture la plaie, mais pas dans le but de redresser les cils. On fait ensuite le bord palpébral, de façon à comprendre dans le feuillet antérieur tous les cils déviés, sur une profondeur de 3 millimètres. On passe des fils (3 à 4) dans les deux lèvres de la plaie, et les anses comprises dans le dédoublement de la paupière sont retirées et maintenues par un aide. On insinue alors dans la plaie le lambeau de peau excisé et on serre les sutures par-dessus ; ce lambeau adhère toujours très bien, binocle pendant 2 jours ; excision des sutures au bout de 6 à 8 jours. Il n'y a pas de cicatrice vicieuse, et la trace de l'incision palpébrale peut à peine être retrouvée au bout de quelque temps. ROHMER.

Ein Beitrag zur Kenntniss der leukämischen Erkrankung des Auges (De la leucémie de l'œil), par KERSCHBAUMER (*Graefe's Arch.*, *XLI*, *3*).

Chez un malade chez lequel on constata toutes les lésions de la leucémie dans les organes habituellement atteints, l'auteur a trouvé une vaste infiltration lymphoïde de la choroïde s'étendant du côté de la sclérotique et de la rétine ; pour lui, tous ces globules blancs ont été amenés par les artères ciliaires, courtes, postérieures, et l'artère centrale de la rétine ; l'orbite était complètement infiltré par des masses leucémiques. Dans le sang existait un microorganisme auquel l'auteur attribue la genèse de la maladie, mais qu'il n'a pu isoler encore par la culture. ROHMER.

Troubles oculaires multiples consécutifs à une attaque d'apoplexie hystérique, par CLAUDE (*Soc. méd. des hôp., 29 novembre 1895*).

Une femme de 29 ans présenta, à la suite d'une attaque apoplectiforme, une hémiparésie droite, avec hémianesthésie, et des troubles oculaires des deux côtés. L'œil droit, au début, fut atteint d'amblyopie, de dyschromatopsie et de diplopie monoculaire passagères, avec perte du réflexe pupillaire à la lumière; l'œil gauche présenta d'abord une extrême amblyopie, puis une dilatation pupillaire intense avec perte du réflexe à la lumière; la dilatation pupillaire se modifiait sous l'influence de l'atropine, de l'ésérine et du sommeil hypnotique qui ramenait la pupille à l'état normal; la conjonctive bulbaire était anesthésiée, la cornée sensible. Il y avait en outre une paralysie conjuguée gauche pour les mouvements volontaires. H. L.

Sur quelques conditions de développement de la suppuration post-opératoire dans le segment antérieur du globe oculaire et de sa propagation aux tuniques postérieures de l'œil, par N.-J. ANDOGSKI (*Vratch, n° 44, et Thèse de St-Pétersbourg, 1895*).

Après une étude anatomo-pathologique sur les voies d'élimination des corps inertes (encre de Chine) injectés dans l'œil, dans des conditions différentes, l'auteur entreprend la même étude pour les microbes, en particulier pour le staphylocoque et ses toxines.

Tandis que le cristallin est un excellent milieu de culture pour les microbes, l'humeur aqueuse et la partie liquide du corps vitré empêchent la multiplication des germes, et cela encore mieux dans l'œil vivant qu'en dehors de l'organisme. Aussi, tant que la capsule du cristallin est intacte, les cultures injectées dans la chambre antérieure n'arrivent pas à franchir cette barrière, mais si, à la suite d'une opération, on a lésé la capsule, la suppuration a des chances d'envahir le corps vitré et de là la rétine.

D'autre part, le nombre des microbes injectés a une influence considérable sur l'évolution de l'injection oculaire. A petites doses et à doses moyennes, les staphylocoques ne franchissent pas les limites du segment antérieur de l'œil et finissent même par disparaître, après avoir produit des troubles peu graves. Les doses fortes des microbes produisent une panophtalmie à la faveur d'une lésion de la capsule cristallinienne qui est produite par les sécrétions microbiennes. En effet, l'injection des toxines suivie d'une injection de doses faibles du microbe produit le même résultat que l'injection des doses considérables des cultures complètes.

H. FRENKEI

Ophtalmie purulente à pneumocoques dans un cas de pneumonie, par HAUSHALTER et VILLER (*Gaz. hebd. Paris, 6 juillet 1895*).

Un homme de 35 ans, alcoolique, est pris d'influenza le 6 janvier; pneumonie le 8; douleurs vagues dans l'œil le 12; iritis séreuse le 13; phlegmon de l'orbite le 14. Le 15, ouverture de l'œil; de la chambre antérieure il s'écoule du pus contenant le pneumocoque à l'état de pureté. Mort le 22 janvier. Dans le poumon hépatisé, dans l'exsudat des méninges on trouve le pneumocoque.

On le trouve aussi dans les coupes faites sur les différents milieux de l'œil, et surtout dans la rétine.

La disposition des lésions méningées, l'intégrité du nerf optique indiquent

que le pneumocoque a dû arriver à l'œil par la voie sanguine et non par propagation le long de la gaîne du nerf optique. LEFLAIVE.

Zur Verhütung der Augenentzündung der Neugeborenen (La prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés), par WIDMARK (*Centralbl. f. prakt. Augenh., septembre 1895*).

Lorsque Widmark débuta dans sa pratique à Stockholm en 1884, on y constatait 2,27 0/0 d'ophtalmies des nouveau-nés. Un comité fut nommé qui recommanda aux sages-femmes l'application de la méthode de Credé, on leur fit des conférences sur ce sujet; des conseils pratiques pour le peuple furent insérés dans le calendrier. Le résultat fut, à la polyclinique, que de 1,2 0/0 de cas constatés en 1884, on n'en vit plus que 0,24 0/0 en 1890; dans la pratique privée, la différence fut de 3 0/00 à 0,4 0/00. Pour ce qui est du traitement, si en 1884, dans trois polycliniques, on voit encore 30 0/0 de complications cornéennes, en 1883, ce chiffre tomba à 6 0/0; cela tient probablement à ce que le public, prévenu, demandait plus tôt les soins du médecin; ce que prouvent les chiffres d'enfants soignés en 1884, 20 0/0; en 1885, 28 0/0; en 1886, 40 0/0 et en 1887, 50 0/0. ROHMER.

Ueber die antiseptische Wirkung der Thränen (Sur l'action antiseptique des larmes), par AHLSTRÖM (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., juillet 1895*).

Ayant eu l'occasion d'observer, chez un malade, une fistule lacrymale à la suite de phlegmon de la glande, l'auteur en a profité pour étudier l'action bactéricide des larmes. Il a essayé leur action sur le staphyl. pyog. aureus, et sur 10 cultures il a vu 7 fois les colonies augmenter au lieu de diminuer; d'autre part, les larmes ne sont pas non plus un milieu de culture favorable pour les staphylocoques. Mêmes essais ont été faits avec des larmes recueillies sur des conjonctives d'enfant atteints de phlyctènes, et l'on a obtenu les mêmes résultats (les larmes avaient d'abord été reconnues stériles). Bernheim avait obtenu des résultats contraires. Mais cela tient à ce que les larmes recueillies dans le cul-de-sac conjonctival sont faiblement alcalines, tandis que celles provenant de la fistule lacrymale l'étaient à un fort degré; leur action sur les staphylocoques serait donc en raison inverse de leur degré d'alcalinité. Il est aussi possible que le chlorure de sodium des larmes agisse sur les staphylocoques quand il est acide, et ne fasse rien quand il est neutre.

ROHMER.

Ueber die histologischen Vorgänge bei der Heilung perforirender Lederhautwunden (Processus histologique pendant la guérison des plaies de la sclérotique), par FRANKE (*Graefe's Arch., XLI, 3*).

L'auteur fit des sections de la sclérotique sur des yeux de lapin et examina les pièces depuis 4 heures après l'accident jusque 10 jours et davantage. Il se fait d'abord un exsudat entre les fibres de la sclérotique et une multiplication des cellules conjonctives qui ne tarde pas à aug-

menter; la choroïde et la rétine voisines s'enflamment à leur tour ; puis, il se forme des fibres à noyaux allant d'une lèvre à l'autre de la plaie ; ce tissu nouveau ne tarde pas à s'organiser, mais les mêmes processus s'accomplissent dans les membranes voisines et même jusque dans le corps vitré. Le résultat final, cliniquement, est la formation d'un décollement rétinien arrivant grâce à la rétraction de ces traînées cicatricielles vitréennes et rétiniennes. Pour éviter la dégénérescence cystoïde de la plaie sclérale, il sera bon de maintenir un bandeau compressif sur l'œil pendant au moins trois semaines, afin d'éviter plus sûrement cette autre complication. ROHMER.

Essai sur l'application de la sérothérapie dans le traitement de la diphtérie conjonctivale, par AUBINEAU (*Thèse de Paris*, *1895*).

Le sérum antidiphtérique a une action efficace et rapide dans la diphtérie conjonctivale. Son action est nulle dans les conjonctivites pseudo-membraneuses non diphtériques. Son action est spécifique et, pour cette raison, peut aider le diagnostic. Il n'y a pas d'inconvénients à employer le sérum dans un cas de doute, alors que la nature diphtérique de l'affection n'est pas encore démontrée. Le diagnostic ne doit jamais être négligé. Il faut se guider sur des examens bactériologiques fréquents pour insister sur la sérothérapie ou suspendre le traitement. Dans les cas d'associations microbiennes, le pronostic doit toujours être réservé, même avec l'emploi du sérum. Après les injections et la disparition rapide du bacille de Lœffler, l'affection peut continuer, grâce à la présence des microbes associés et particulièrement du streptocoque. Le traitement local ne nuit pas au traitement général. Dans le cas où la sérothérapie est insuffisante et où l'infection coccique domine la scène, le traitement local peut devenir très utile. ROHMER.

Zur Behandlung der Bindehaut-Katarrhe (Traitement du catarrhe conjonctival), par PETERS (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *octobre 1895*).

Pour l'auteur, beaucoup de conjonctivites sont de nature eczémateuse ; dans ce cas, elles résistent aux traitements habituels, en particulier aux antiseptiques.

Une pommade composée de la façon suivante serait souveraine dans ces cas : Ichtyol-ammonium, 0,2-0,5 ; poudre d'amyle et oxyde de zinc aâ, 10,0 ; vaseline américaine, 25,0. ROHMER.

Ueber das Vorkommen eigenthümlicher homogener Gebilde mit Amyloid Reaction in Hornhautnarben (Sur la présence de corpuscules homogènes avec réaction amyloïde dans les cicatrices cornéennes), par E. v. HIPPEL (*Graefe's Archiv*, *XLI*, *3*).

Après Beselin qui, le premier, a signalé le fait, l'auteur a trouvé dans des cicatrices cornéennes des masses organiques homogènes, qui rappelaient les masses colloïdes décrites par certains auteurs dans la cornée ; une solution à 2 0/0 d'iode donne la réaction caractéristique de l'amidon ;

mais, sur les préparations de Hippel, cette réaction ne se fit que partiellement ; d'où il conclut qu'il s'agit là seulement d'un stade de développement de ces masses qui doivent avoir une genèse analogue à celle des masses colloïdes. Certains de ces produits proviendraient d'amas de sang, dont les globules rouges auraient subi une transformation, tandis que la fibrine aurait persisté. Dans d'autre cas, l'auteur aurait trouvé de ces amas sanguins qui de même auraient donné la réaction de l'amyloïde.

ROHMER.

Ueber œdematöse Veränderungen..... (Des altérations œdémateuses de l'épithélium antérieur de la cornée), par KLEBS (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat.*, *XVII*, *p. 421*).

Sur deux bulbes énucléés, l'un à cause d'un glaucome, l'autre par suite de cécité survenue par processus dégénératifs consécutifs à un traumatisme, l'auteur a étudié la cornée et, dans les deux cas, a trouvé dans son épithélium des lésions rappelant, au point de vue microscopique, entièrement les lésions épidermiques de la variole. Il admet qu'il s'agit d'un œdème produit par le mécanisme suivant : quand la pression intra-oculaire est augmentée et que l'épithélium de la membrane de Descemet est lésé, le liquide pénètre dans les espaces lymphatiques de la cornée et la trouble ; mais on peut aussi admettre que tout obstacle au cours du sang dans les veines du bulbe est capable de produire le même résultat.

C. LUZET.

Traitement des ulcères de la cornée par l'acide lactique, par W.-I. DOLGENKOFF (*Soc. des méd. de Koursk*, *1894*).

Après cocaïnisation, on porte, à l'aide d'une baguette en bois pointue, 3 à 4 gouttelettes d'une solution d'acide lactique à 50 0/0, sur l'ulcération cornéenne. Dans 40 cas chroniques, l'auteur a constamment eu de bons résultats : la photophobie disparaît rapidement, de même que l'injection péricornéenne ; il se forme une petite escarre qui tombe sans dégâts notables. Ce procédé est surtout utile dans les kératites serpigineuses.

H. FRENKEL.

Ueber das Problem der Hornhautüberpflanzung, par A. Eugen FICK (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte.*, *n° 15*, *p. 451*, *1er août 1895*).

Après avoir tracé l'historique de la question des greffes cornéennes, qu'il fait remonter à Rieke (Mössner, *Thèse de Tubingue*, 1823), et montré que la raison de leurs insuccès constants ne peut être trouvée ni dans l'action de microorganismes, ni dans le mode opératoire, Fick a recherché si ce problème pouvait être élucidé par l'étude des modifications histologiques qui amènent la perte de transparence de la greffe.

Voici les points constatés par Fick : L'épithélium se continue sans interruption, de la cornée saine sur le lambeau ; mais les cellules épithéliales n'offrent pas un arrangement aussi régulier que l'ont dit Neelsen et Angelucci ; par endroits, l'épithélium est considérablement épaissi et

comprend jusqu'à 20 couches de cellules superposées ; il semble que les cellules épithéliales aient dû combler quelque lacune du tissu.

Au-dessous de l'épithélium se trouve un tissu de néoformation, variant d'aspect sur les diverses préparations. Ensuite vient le lambeau lui-même, mais dans un état qui explique surabondamment sa non-transparence, sans même tenir compte que ce n'est qu'exceptionnellement qu'on aperçoit des fibres cornéales du lambeau se continuer sans interruption avec celles de la cornée saine, tandis que, sur le plus grand nombre des coupes, le lambeau est séparé de la cornée saine par une ligne de démarcation, comme un sequestre.

Les fibrilles du lambeau, au lieu d'être disposées côte à côte et parallèlement à la surface de la cornée, sont incurvées et même difficiles parfois à reconnaître ; puis, le lambeau et son contour sont envahis par un essaim de cellules diverses, leucocytes ordinaires à un ou plusieurs noyaux, leucocytes éosinophiles, cellules géantes multinucléés, gros blocs avec noyaux énormes, vaisseaux sanguins, cellules gorgées de pigment.

La membrane de Descemet et l'endothélium font toujours défaut au niveau du lambeau et même assez loin au delà ; quand il y a quelque trace de membrane de Descemet, c'est sous forme d'une bande homogène, chiffonnée sur elle-même, dans le tissu postcornéen. Ce tissu postcornéen, auquel Neelsen et Angelucci attribuent principalement l'échec des greffes de la cornée, soude le lambeau à l'iris.

En résumé, la greffe végète, devient malade et se trouble parce qu'elle n'est pas suffisamment nourrie. J. B.

Zur Operation des Nachtaars (Opération de la cataracte secondaire, par ESBERG (*Klin. Monatsbl. f. Augenheil.*, *août 1895*).

Le procédé le plus souvent employé pour former une ouverture dans les débris du cristallin est la discision, à l'aide d'une aiguille ou d'un couteau, piqués à travers la cornée ; mais leur action est limitée, parce qu'on ne peut les manier que comme des leviers, et souvent après écoulement de l'humeur aqueuse. L'auteur préfère des pinces-ciseaux, avec lesquels il sectionne aussi bien les membranes les plus molles que les plus résistantes, et toujours avec succès ; l'opération se fait sûrement et rapidement ; le bord scléro-cornéen est incisé avec le couteau lancéolaire ; s'il y a des adhérences iriennes, on les coupe de même avec les pinces-ciseaux ; quelquefois, on est obligé de faire deux incisions perpendiculaires l'une à l'autre. ROHMER.

Ueber Kapselabhebungen (Décollement de la cristalloïde), par TOPOLANSKI (*Graefe's Arch.*, *XLI*, *3*).

L'auteur entend par là des cas dans lesquels la capsule n'a plus avec le noyau cristallinien ses rapports normaux, et en est séparée par une couche liquide ; il en exclut les cas de ramollissement total ou de liquéfaction des masses périphériques, qui permettent le déplacement du noyau. Cette altération peut être d'origine congénitale, ou se présenter à

l'état normal, ou encore sur des cristallins cataractés ; dans des cas pathologiques, le noyau peut se rétracter, ou il se forme une cataracte capsulaire circonscrite ; ailleurs, c'est une rétraction cicatricielle qui provoque le décollement, à la suite d'une adhérence irienne ou autre.

ROHMER.

Zur pathologischen Anatomie der centralen und perinuclearen Katarakt, par E. HIPPEL (*Graefe's Arch.*, *XLI*, *3*).

Sur des cataractes congénitales centrales et périnucléaires, l'auteur a trouvé que les opacités sont occasionnées par la formation de gouttelettes entre les fibres du cristallin, conformément aux recherches de Schirmer, Hess et Peters ; en même temps, il existait une rétraction très nette des lentilles, rétraction visible en divers sens ; tantôt elle se fait sentir dans le diamètre équatorial, tantôt c'est un aplatissement antéro-postérieur.

C'est aussi cette rétraction qui explique l'existence de fentes allant de la cristalloïde dans l'intérieur du noyau. ROHMER.

I. — Contribution à l'étude de l'urologie clinique des cataractes, par A. FRENKEL (*Province méd.*, *23 février 1896*).

II. — Idem, par A. ROUX (*Thèse de Lyon*, *1896*).

I et II. — Tableaux statistiques dressés d'après 314 cas de cataracte, examinés au point de vue de la quantité, de la densité des urines, de l'excrétion de l'urée, des chlorures, des phosphates, de l'albumine, des peptones et de la glycose. Tous les cas sont observés à l'état de repos, soit absolu (au lit), soit relatif (en chambre). Mais tout en prenant en considération ces conditions, ainsi que l'âge et le régime des malades, on peut conclure que chez les cataractés la quantité des urines et l'urée excrétées en 24 heures sont diminuées, que les chlorures sont augmentés, que les phosphates sont diminués, sauf les cas de phosphaturie qui constituent une catégorie spéciale, de même que les cas de cataracte diabétique. La fréquence de celle-ci est de 1,16 0/0. L'albuminurie s'observe dans 0,6 0/0 des cas de cataractes. H. F.

Ueber die Filtration aus der verderen Kammer bei normalen und glaukomatösen Augen (La filtration hors de la chambre antérieure dans les yeux normaux et glaucomateux), par BENTZEN et LEBER (*Graefe's Arch.*, *XLI*, *3*).

De ses recherches, l'auteur conclut que dans tous les cas de glaucome qu'il a examinés, aussi bien dans le glaucome primitif (aigu ou chronique) que dans l'hydrophtalmie ou le glaucome secondaire, il y a une diminution de la filtration hors de la chambre antérieure comparativement à ce qui se passe à l'état normal. Presque toujours, la cause en était dans une obstruction ou un obstacle situé dans l'angle irido-cornéen (en relation avec une occlusion pupillaire) ; quand ces lésions manquaient dans l'hydrophtalmie antérieure, il était impossible de découvrir l'obstacle à la filtration. L'auteur conclut à la théorie de la rétention pour expliquer le glaucome. ROHMER.

Glaukom nach Staar Operation (Glaucome consécutif à l'opération de la cataracte), par ELSCHNIG (*Klin. Monats. f. Augenh., juillet 1895*).

Chez une femme de 73 ans, athéromateuse, les deux yeux furent successivement opérés de cataracte à plusieurs mois d'intervalle; sur les deux apparurent des symptômes de glaucome très nets, sans qu'on ait pu incriminer quelque cause que ce fût; même sur le second œil on avait fait une iridectomie au moment de l'extraction; la thérapeutique aussi fut impuissante à enrayer le processus glaucomateux. La pathogénie de la lésion développée dans de pareilles conditions reste absolument obscure. ROHMER,

Ueber Netzhautenzundung..... (La rétinite dans la syphilis héréditaire), par J. HIRSCHBERG (*Deutsche med. Woch., n°s 26 et 27, 1895*).

Cette forme de rétinite est rare. L'auteur en rapporte 6 observations dans lesquelles l'âge varie de 5 à 18 mois, 5 des cas sont entre 5 et 8 mois. Elle s'accompagne presque toujours d'un certain degré d'inflammation du chorion; à l'ophtalmoscope, on constate un trouble marqué de la papille et de la portion de la rétine qui l'entoure, les hémorragies et taches bleuâtres sont passagères, très rapidement on voit se former une ponctuation claire qui occupe tout le fond de l'œil et fait place à une fine pigmentation. Le centre de la rétine montre de bonne heure une coloration gris foncé qui tend plus tard à s'effacer, la périphérie est encadrée de groupes de taches claires bariolées ou foncées. La proportion des cas peut être évaluée à 1 0/00 des affections des yeux et si l'on y comprend les kératites diffuses, cette proportion doit être portée à 7 0/00.

Il est à remarquer que la rétinite déterminée par l'hérédosyphilis occupe toujours les deux côtés et celle de la syphilis acquise reste unilatérale.

Les frictions mercurielles constituent le traitement de choix. On ne doit jamais arrêter les frictions avant d'avoir atteint le chiffre de 100, mais l'on va souvent jusqu'à 300.

Quant à la rétinite liée à la kératite diffuse, Hirschberg en a observé près d'un millier de cas; la rétinite existe déjà dans presque tous les cas lorsque la kératite fait amener les enfants. Après l'évolution de la kératite chez l'enfant hérédo-syphilitique, on trouve presque toujours des lésions de chorio-rétinite; il n'y a d'exception que pour les cas traités dès le début par le mercure. Il arrive souvent que de longues années après la guérison de la kératite, les imprégnations pigmentaires du fond de l'œil prennent un accroissement menaçant pour la vue. Le mercure et l'iodure de potassium n'ont alors que peu d'influence. H. DE BRINON.

Sur les lésions de la rétine dans les maladies infectieuses, par W.-N. DOLGANOFF (*Vratch, n°s 44-45, 1895*).

Les injections sous-cutanées de cultures pures du staphylocoque doré chez le lapin et le chien ont provoqué les phénomènes suivants : 1° Infiltration leucocytaire du nerf optique, constituant la première phase de l'hyperplasie de sa trame conjonctive; 2° altération des parois vascu-

laires de la rétine consistant en vacuolisation des cellules endothéliales et en formation des thrombus pariétaux et obstructifs; la réaction de Gieson permet de croire que ces thrombus sont de nature hyaline; 3° œdème de toutes les couches de la rétine; 4° dégénérescence albumineuse et aqueuse de la couche des ganglions nerveux; 5° apparition entre les fibres nerveuses d'un exsudat blanc et d'une substance analogue à l'amyloïde, d'après la réaction de Gieson; 6° désagrégation des batonnets et des cônes due à la compression par l'exsudat inflammatoire; 7° apparition d'un exsudat albumineux à petites granulations entre la rétine et la choroïde, ainsi que dans le corps vitré; 8° augmentation du nombre des fibrilles dans le corps vitré et légère infiltration lymphoïde dans le segment postérieur de celui-ci. H. FRENKEL.

Die Sichtbarkeit der Blutcirculation in den Capillar-Gefässen des eigeinen Auges (La vision de la circulation sanguine dans les capillaires de son propre œil), par ZEHENDER (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., septembre et octobre 1895*).

L'auteur revient sur une question qu'il a déjà traitée précédemment, et attribue la perception subjective de nombreux points lumineux se mouvant rapidement à la pression exercée sur les cônes et les bâtonnets par les corpuscules sanguins circulant dans les vaisseaux. A propos des phosphènes, il se demande si l'apparition de ces points lumineux ne serait pas due à un mouvement qui se passe dans les cellules pigmentées et se transmettant aux cônes et aux bâtonnets.

Après avoir rapporté les opinions de divers auteurs, Zehender conclut que la figure de Purkinje correspond bien aux vaisseaux de la rétine dans lesquels il n'a jamais observé de circulation, tandis que le réseau vasculaire dans lequel on reconnaît le mouvement des globules sanguins serait la représentation des vaisseaux de la choroïde, bien qu'il soit difficile d'expliquer comment on peut apercevoir des objets situés en arrière de la surface sensible de la rétine. ROHMER.

Ueber einen Fall von Graves'scher Krankheit, etc., par FRIDENBERG (*Graefe's Arch., XLI, 3*).

Chez une femme de 24 ans, l'auteur a trouvé les signes classiques de la maladie de Graves, à côté d'autres non pathognomoniques, tels que le tremblement (Marie), la faiblesse nerveuse et l'excitabilité, l'insuffisance des internes (Möbius), la respiration superficielle (Bryson), la rougeur et l'hyperhidrose des téguments avec diminution de réaction vis-à-vis du courant galvanique, mais surtout il existait une exophtalmie gauche avec une hypertrophie croisée du lobe thyroïdien droit.

Sur 13 cas semblables que l'auteur a pu rassembler, l'œil droit n'était atteint que 3 fois ; un seul de ces cas se présentait du côté opposé à l'hypertrophie thyroïdienne ; dans un cas, l'œil droit était atteint en même temps que le lobe thyroïde du même côté. Dans le cas de l'auteur, tout faisait prévoir la diminution des symptômes. ROHMER.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

The dangers of cocaine, par DE HAVILLAND HALL (*Brit. med. Journ., 8 février 1896*).

Pour prévenir les effets toxiques de la cocaïne, H. se sert d'une solution contenant 10 0/0 de résorcine et 20 0/0 de cocaïne. L'effet anesthésique est plus marqué et les effets toxiques supprimés. H. déconseille l'emploi des (spray) pulvérisations de solution de cocaïne dans le nez.

A. CARTAZ.

Anesthésie par l'huile gaïacolée en otologie, rhinologie et laryngologie, par Georges LAURENS (*Annales mal. de l'or., janvier 1896*).

L. a employé le procédé de Championnière (gaïacol en solution dans l'huile au 20ᵉ), pour l'anesthésie du tympan et de la muqueuse nasale. Les résultats sont très satisfaisants ; on obtient une anesthésie pour les opérations moyennes. Mais le gaïacol est inférieur à la cocaïne, en ce sens que l'anesthésie est plus longue à obtenir, que la muqueuse nasale ne subit pas de rétraction et qu'il faut une sorte de friction de la muqueuse pour obtenir la pénétration de l'agent anesthésique. A. CARTAZ.

Acute lacunar diphtheria of the tonsils, par KOPLIK (*Journal Amer. med. Assoc., 5 octobre 1895*).

Il existe toute une série de cas d'amygdalites lacunaires qui ressortissent à la diphtérie.

Dans le premier groupe de cas, le patient ne présente guère de symptômes généraux ; il existe une hyperémie généralisée du pharynx, les amygdales sont gonflées et l'on perçoit dans quelques cryptes quelque peu de sécrétion jaunâtre ; les ganglions lymphatiques de l'angle de la mâchoire sont ou ne sont pas hypertrophiés.

Dans le second groupe de faits, le malade est prostré, la fièvre élevée, la langue fuligineuse ; les amygdales sont hypertrophiées et l'on voit sourdre de leurs cryptes un exsudat fibrineux, mais il n'existe nulle trace de pseudo-membranes ; les ganglions sont hypertrophiés. Dans ce groupe comme dans le précédent, l'examen bactériologique décèle le bacille de Lœffler.

Enfin, dans un troisième groupe de faits, dès le début l'affection se présente comme maligne ; dès le second jour, le processus n'étant plus alors purement lacunaire, l'amygdale considérablement hypertrophiée est tapissée de pseudo-membranes qui ferment l'arrière-gorge dans les 48 heures. C'est également dans ces cas que les fosses nasales ne tardent pas à être envahies. Quant au bacille de Lœffler, on le trouve alors non seulement à la surface des amygdales mais aussi dans la profondeur

des cryptes ainsi que dans les bouchons fibrineux qui en ferment l'ouverture.

Quel que soit le groupe auquel appartienne le cas examiné, le bacille possède expérimentalement une égale virulence et cela pendant des semaines ; de sorte que se pose impérieusement dans tous les cas la question de l'isolement du sujet, la diphtérie lacunaire d'apparence la plus anodine (*diphteria sine membranâ*) étant capable de communiquer une diphtérie des plus graves.

De là la conclusion : sans examen bactériologique, la diphtérie clinique est un leurre. CART.

A safe and sure method of reducing enlarged tonsils, par KENDALL (*Journ. of the Amer. med. Ass.*, *4 janvier 1896*).

Dans le traitement de l'hypertrophie des amygdales que K... préconise ici, le matériel pour l'intervention consiste simplement en un tube capillaire dont l'extrémité, longue de 5 centimètres, est très étirée. Le tube, préalablement chargé d'acide chlorhydrique pur, est introduit successivement, à chaque séance, dans trois des canaux excréteurs des amygdales, et cela deux fois par semaine.

Par capillarité, des quantités extrêmement minimes de l'agent chimique sont ainsi introduites dans les tissus de la glande, où il exerce alors son action cautérisante et réductrice d'hypertrophies glandulaires sans douleur, ni inflammation, ni gonflement.

K. a abandonné comme agent chimique l'acide nitrique, qui provoque des escarres, et l'acide chromique, susceptible d'accidents. CART.

Étude bactériologique de 117 cas d'angines scarlatineuses, par LEMOINE (*Soc. méd. des hôp.*, *20 décembre 1895*).

Sur 117 angines, 79 étaient pseudo-membraneuses, 38 sans exsudat ; toutes observées à la période du début de la maladie ; dans 102 cas, le streptocoque existait seul ; dans 5, il était associé au bacille de Löffler ; dans 8, au staphylocoque ; dans 1, au colibacille.

Lemoine prélève la matière d'ensemencement au sein même de l'amygdale, après cautérisation de la surface de l'organe, à l'aide d'une pipette effilée en tube capillaire ; la matière est immédiatement projetée dans un tube de bouillon.

Cliniquement, les 4 angines les plus graves ont été dues à l'association du streptocoque au bacille de Lœffler et au colibacille, et les symptômes ont été identiques dans ces quatre cas.

Lemoine insiste sur la constance du streptocoque dans l'angine scarlatineuse, mais il n'a pu lui trouver de caractères spéciaux. H. L.

Contribution à l'étude des tumeurs bénignes du voile du palais, par GOUGUENHEIM et H. RIPAULT (*Annales des mal. de l'or.*, *janvier 1896*).

Relation d'un cas de myxosarcome de la face supérieure du voile observé chez un homme de 44 ans. Le développement ne paraît pas remonter au delà de 8 mois. Tumeur volumineuse implantée sur la face supérieure du voile et obstruant le pharynx. Ablation au serre-nœud après cocaïnisation. L'examen

de la tumeur montre la nature myxosarcomateuse à tendance conjonctive, transformation fibreuse partielle. Malgré la rapidité du développement, les auteurs pensent, d'après les résultats de l'examen histologique, qu'il s'agit d'une tumeur bénigne. A. CARTAZ.

De la pharyngotomie transhyoïdienne, par VALLAS (*Gaz. des hôp., 15 janvier 1896*).

L'opération proposée par V. se fait de la façon suivante :

Incision verticale sur la ligne médiane de 8 à 10 centimètres, dont le milieu répond au corps de l'hyoïde. Ostéotomie de l'os hyoïde et section médiane, au-dessus et au-dessous, des muscles qui s'y insèrent. Incision toujours verticale et médiane de la membrane hyo-thyroïdienne.

L'auteur a enlevé par cette voie un épithéliome du sillon glosso-épiglottique étendu à toute la face antérieure de l'épiglotte et à la base de la langue, et chez une jeune malade, une tumeur congénitale de la langue. A. CARTAZ.

Pharyngotomia suprahyoidea, par JEREMITCH (*Archiv für klin. Chir., XLIX, 4, p. 793-802, 1895*).

Tentative de suicide chez un homme de 34 ans ; plaie tranchante du cou 2 centimètres au-dessus de l'os hyoïde ; la plaie a 12 centimètres de long. La glande sous-maxillaire est divisée. On suture sans faire de trachéotomie. On obtient un résultat excellent et une réunion par première intention.

De ce cas, J. conclut qu'il est possible d'utiliser la voie sus-hyoïdienne pour les opérations portant sur le pharynx et sur la racine de la langue.

L'incision est très simple ; on a beaucoup d'espace et la guérison a lieu sans encombre. Il n'est pas possible, pour le moment, de se prononcer sur la valeur de cette opération nouvelle ; mais l'auteur est convaincu qu'elle est appelée à un grand avenir. MARCEL BAUDOUIN.

Studio sulla natura e sull' etiologia della rinite catarrale semplice, par C. FERMI et A. BRETSCHNEIDER (*Arch. ital. di otol., III, 4 et IV, 1*).

Le coryza simple n'est pas une affection parasitaire ; souvent il est dû à l'action irritante de stimulants physiques, chimiques venus du dehors ou existant dans l'organisme. Les coryzas dus au froid sont causés par un trouble fonctionnel vaso-moteur de la muqueuse nasale qui succède non à l'action du froid, mais aux variations subites et à de grands écarts de la température.

Le rhume des foins s'observe chez les sujets chez lesquels l'innervation trophique de la pituitaire est altérée d'une façon persistante ; les causes physiques, invoquées généralement, n'agissent qu'à titre d'excitants de la sensibilité générale et spéciale. A. CARTAZ.

Le chancre syphilitique des fosses nasales, par P. BRUNON (*Thèse de Lyon, 1895*).

Très bonne étude du chancre de la pituitaire ; c'est le plus rare des chancres extra-génitaux.

B. a réuni les observations connues, au nombre d'une trentaine. Siégeant à l'entrée des fosses nasales, cette lésion passe souvent inaperçue au début, d'autant que l'induration peut manquer, en raison du siège. B. décrit les principaux symptômes, discute avec soin le diagnostic ; celui-ci est, en général, facile et n'est quelquefois embarrassant qu'avec les accidents tertiaires, gomme du nez. La maladie évolue comme pour les autres chancres ; à signaler parfois de légers accidents dus à la facilité de l'infection par des agents pathogènes étrangers. A. CARTAZ.

Affections nasales et troubles oculaires réflexes, par G. LAURENS (*Presse méd., 22 janvier 1896*).

L. publie deux cas de troubles réflexes oculaires dus à des lésions rhino-pharyngiennes.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un blépharospasme du côté droit, chez un malade de 31 ans, ayant une synéchie du cornet inférieur et de la cloison et de l'hypertrophie de la muqueuse. L'opération de la synéchie fit disparaître complètement le spasme palpébral.

Dans l'autre observation, une enfant de 6 ans était atteinte de strabisme convergent de l'œil gauche ; elle avait, de plus, une obstruction complète du pharynx par des tumeurs adénoïdes. L'ablation des végétations remédia non seulement aux troubles respiratoires, mais amena la cessation du strabisme et des troubles oculaires. A. CARTAZ.

Sarcoma of the nasal cavity; ligation of both external carotids; decided beneficial effect, par LEDERMAN (*Med. Record, 30 novembre 1895*).

Homme de 26 ans, sujet depuis son enfance à des épistaxis ; la narine droite est entièrement occupée par une tumeur ; à l'examen rhinoscopique postérieur on trouve la tumeur, obstruant les fosses nasales postérieures, attachée à la voûte pharyngienne, à la portion supérieure du pharynx et aux apophyses ptérygoïdes du sphénoïde. Traitement par les injections de toxines de l'érysipèle et du bacillus prodigiosus, nul dans ses résultats et très mal toléré. Le malade cachectique voyant son état s'aggraver journellement, se soumit au traitement suivant : la ligature des deux carotides externes faite à huit jours d'intervalle. Revu au bout de quelques mois, la santé du patient était très améliorée, sans toutefois que les changements dans l'état du néoplasme fussent très notables. CART.

The operation and dietetic treatment of suppuration in the accessory cavities of the nose, par ZIEM (*Journ. of laryng., octobre 1895*).

Excellente revue sur le traitement des sinusites suppurées, en particulier de la sinusite maxillaire. Z. discute, avec l'autorité que lui donnent ses études sur ce sujet et le traitement de plus de 500 cas, les méthodes à employer. Il rejette le cathétérisme par l'orifice naturel, qu'il regarde comme difficile, impossible dans quelques cas, douloureux et ne permettant pas le lavage régulier et complet.

La pénétration par le méat inférieur ne lui semble pas non plus un bon moyen et il s'en tient à l'ouverture par le bord alvéolaire, sans mettre de drain. Il insiste sur la technique opératoire, sur les quelques accidents que l'on peut observer et sur les bons résultats obtenus au

moyen des lavages avec la pompe à pression. L'analyse de ce travail est impossible, car il est surtout important par l'extrême précision des détails et offre, à cet égard, un intérêt pratique réel.

Z. étudie plus sommairement les suppurations des autres sinus. Notons la condamnation formelle de la pénétration dans le sinus frontal par le conduit nasal qui expose à une entrée directe dans le cerveau.

A. CARTAZ.

De l'empyème des sinus frontaux, par ORTEGA (*Thèse de Paris*, *1895*).

Résumé général de notions aujourd'hui bien connues sur la sinusite frontale.

L'auteur distingue deux formes : aiguë, avec les manifestations inflammatoires vives, céphalée, distension de la paroi orbitaire du sinus, etc.; chronique ou latente, où la sinusite ne se manifeste que par l'écoulement fétide dans la fosse nasale.

Il passe en revue les divers symptômes, complications, et conclut à l'intervention chirurgicale, en ouvrant largement le sinus par la paroi frontale et pratiquant le drainage fronto-nasal. Observations déjà publiées par Luc.

A. CARTAZ.

Les manifestations orbito-oculaires des sinusites ethmoïdales, par ROHMER (*Rev. méd. de l'Est*, *p. 385*, *1er juillet 1895*).

La distension du sinus ethmoïdal se traduit par une saillie du côté de la paroi interne de l'orbite, saillie plus ou moins sensible, qui peut acquérir le volume d'une noisette et se prolonger en arrière jusque vers le fond de l'orbite ; une pression vigoureuse y détermine la crépitation parcheminée. Il se produit de l'œdème de voisinage aux paupières, surtout à l'inférieure, et vers les régions malaire et temporale. Les lésions par inflammation de voisinage ou par compression du nerf optique sont tardives ; l'œil est simplement repoussé en dehors et en bas. L'incision large du côté de l'orbite et le cathétérisme nasal permettent de préciser la localisation du siège des lésions.

LEFLAIVE.

Étude sur l'anatomie et la pathologie des cellules ethmoïdales, par A. RANGLARET (*Thèse de Paris*, *1896*).

Très bonne étude de cette variété de sinusite, divisée en deux parties : anatomique et pathologique. R. donne une description minutieuse, mais très claire, du système des cellules ethmoïdales. Les cellules ethmoïdales antérieures forment deux groupes distincts : l'un dépendant de la gouttière de l'infundibulum ; l'autre, qu'il appelle, groupe de la bulle ethmoïdale et qui dépend de la gouttière qui limite cette bulle ; les deux s'ouvrant dans le méat moyen. Le troisième groupe, postérieur, est constitué par des cellules plus volumineuses s'ouvrant directement dans le méat supérieur.

Au point de vue clinique, il faut distinguer les ethmoïdites aiguës et chroniques, celles-ci se subdivisant en ouvertes ou latentes. Très souvent

elles coïncident avec la suppuration d'autres sinus : l'ethmoïdite antérieure avec la sinusite frontale, la postérieure avec la sphénoïdale.

R., rejetant comme insuffisants les simples lavages, conseille l'ouverture des cellules et le curetage, par la voie nasale quand la chose est possible, mais de préférence par la voie orbitaire qui permet un accès large, bien en vue et une désinfection complète. A. CARTAZ.

Complications des empyèmes des cavités accessoires du nez, par LICHTWITZ (*Ann. mal. de l'or.*, *février 1896*).

Étude d'après l'examen de 149 cas de sinusites : maxillaire, 86 ; sphénoïdale, 30 ; frontale, 10 ; ethmoïdale bilatérale, 1 ; 22 cas de sinusites combinées.

Les complications portent : 1° sur les organes voisins ; atrophie de la muqueuse nasale, ou rhinite hypertrophique ; coryza caséeux (3 fois), polypes (30 fois). Du côté du pharynx, on trouve presque constamment du catarrhe naso-pharyngien. Du côté des yeux, c'est la dacryocystite (3) ; l'exophtalmie ; l'atrophie du nerf optique (2 cas). Du côté des oreilles, il y a eu 36 fois otite suppurée ou catarrhale chronique : comme complications cranio-faciales, l'auteur signale la céphalalgie (51 fois) ; les érysipèles de la face (5) ; les œdèmes avec érythème (2 cas) ; l'eczéma (5) ;

2° Complications du côté de l'appareil respiratoire : laryngite, toux ayant fait croire à de la tuberculose. Du côté de l'appareil digestif : diarrhées, dyspepsies.

3° État général, déprimé, avec fièvre quelquefois, etc. A. CARTAZ.

Corps étranger de la trachée chez un enfant de 18 mois : trachéotomie, guérison, par PASTEAU et VANVERTS (*Gaz. méd. Paris*, *18 janvier 1896*).

Enfant de 18 mois, ayant aspiré un pépin de citron s'étant logé entre les lèvres de la glotte. Trachéotomie d'urgence. L'opération ayant été pratiquée aseptiquement, P. et V. firent la suture immédiate, mais le lendemain il fallait enlever les points de suture et replacer la canule trachéale. Pansement humide. Broncho-pneumonie ; traitement par le drap mouillé. Le 25e jour, l'enfant quittait l'hôpital complètement guéri. CART.

Ueber Tracheocele und Blähkropf, par KLAUSSNER (*Münch. med. Woch.*, *p. 997, 1895*).

Homme de 31 ans, se plaint de sifflements dans le larynx, datant de sa jeunesse. Depuis quelque temps, il a une douleur dans le cou et la nuit des accès de dyspnée durant quelquefois une heure et plus ; ces accès se terminent par l'expulsion de mucosités. La marche rapide n'augmente pas sa dyspnée. Le cou est mince, le larynx un peu dévié à droite et en arrière, les anneaux de la trachée peuvent être suivis nettement jusqu'à la fourchette sternale ; le corps thyroïde est peu développé. L'examen du larynx est négatif. Si le malade fait effort la bouche et le nez fermé, subitement le cou enfle jusqu'à mesurer 42 centimètres de circonférence au lieu de 36 ; la pression disparue le gonflement s'efface aussi vite qu'il était venu. Cette tuméfaction occupe les deux côtés du cou. Il existe un peu de gêne de la déglutition. C. LUZET.

Un cas de cancer du corps thyroïde avec propagation à la trachée; trachéotomie : mort, par G. GAYET (*Archives prov. de chir., p. 718, novembre 1895*)

Homme de 45 ans, portant une tumeur thyroïdienne depuis trois mois donnant lieu à des hémoptysies assez fréquentes. Le 1er mai, il est pris subitement de crises d'étouffement. Trachéotomie. Après une incision de 5 centimètres, Pollosson ne peut sentir la trachée par suite d'une tumeur siégeant au-dessus et émanant du lobe gauche. C'est à travers ce lobe que l'on pénètre pour pouvoir ouvrir la trachée. Le malade est constamment en imminence d'asphyxie. La canule étant placée, la respiration se rétablit peu à peu. Mais, deux heures après l'opération, le malade est asphyxié et meurt avant qu'on ait pu lui porter secours.

A l'autopsie, en examinant le larynx par en haut, on aperçoit entre les deux cordes vocales une masse polypeuse obturant presque complètement l'orifice et empêchant l'eau que l'on verse de pénétrer dans la trachée.

La tumeur adhère à la trachée qu'elle infiltre et englobe; à la partie la plus centrale de la zone envahie, existe une véritable caverne cancéreuse dont l'ouverture intra-pariétale est à demi masquée par une languette de muqueuse infiltrée, pédiculée, retombant dans la trachée où elle flotte librement.

La trop grande brièveté de la canule, ne dépassant pas cette soupape mobile, explique la mort survenue malgré la trachéotomie. F. VERCHÈRE.

Un cas d'ictus laryngé, par MERKLEN (*Soc. méd. des hôp., 18 octobre 1895*).

Un homme de 39 ans, se présenta à l'hôpital pour des accidents d'ictus laryngé qui se produisaient deux à trois fois par jour depuis trois semaines, les chutes survenant toujours à l'occasion de violentes quintes de toux. Aucun stigmate d'hystérie, d'épilepsie ou de tabes, mais depuis dix ans toux les hivers, et c'est à l'occasion d'une recrudescence de toux qu'étaient survenues les premières chutes. On peut constater, en effet, l'existence d'un emphysème pulmonaire notable. Les reins, le cœur, la gorge étaient intacts. Les crises débutaient, comme dans les cas classiques, par un picotement au larynx, suivi d'une gêne rétrosternale, puis d'une sensation d'étranglement avec toux quinteuse, cyanose, et enfin troubles de la vue et chute. Quelques grammes d'antipyrine arrêtèrent les crises en 48 heures. H. L.

Division longitudinale de la corde vocale par un corps étranger à bords tranchants, par LICHTWITZ (*Ann. mal. de l'or., janvier 1896*).

Enfant de 5 ans. Un jouet de plomb, taillé à l'emporte-pièce, est avalé par mégarde. Crises de suffocation, asphyxie qui nécessitent quelques heures plus tard la trachéotomie. On voit au laryngoscope le corps étranger solidement enclavé, non mobilisable. Thyrotomie le 21 septembre. Ablation du corps étranger. Le 10 octobre, on retire la canule, mais la respiration est difficile, sans grandes modifications de la voix. On voit une bandelette blanchâtre parallèle à la corde vocale qu'on ne peut enlever par les voies naturelles. Le 3 décembre, nouvelle crico-thyrotomie. Section de la bandelette. On reconnaît alors qu'il s'agit d'une partie de la corde vocale qui a été divisée par le corps étranger dans le sens longitudinal. Guérison rapide. A. CARTAZ.

A case of polypoid lipoma of larynx, par John FARLOW (*New York med. Journ., p. 610, 16 novembre 1895*).

1° Un homme de 66 ans vient consulter, en mars 1893, pour un polype de la gorge existant depuis 15 ans; il y a deux ans, un médecin a excisé un

morceau long de 2 pouces, avec des ciseaux. Le malade se présenta en tenant avec ses doigts le polype hors de sa bouche ; la tumeur était allongée et ressemblait à une branche de corail : lorsqu'on abandonnait la tumeur, elle retombait dans le pharynx et une partie pénétrait entre les cordes vocales, jusque dans la trachée ; une grande partie de la tumeur fut enlevée au ciseau, mais le pédicule ne fut pas recherché. En décembre 1894, la tumeur avait de nouveau augmenté de volume ; elle fut enlevée à l'anse galvanocaustique ; elle s'implantait très bas dans le pharynx. Au microscope, on constatait un lipome sous-muqueux.

2° L'auteur cite, en outre, un cas de lipome sous-muqueux, polypoïde, implanté sur la joue d'un enfant de 2 ans, en avant de l'orifice du canal de Sténon.

MAUBRAC.

Épithélioma primitif de l'épiglotte, par ANGELESCO (*Soc. anat. Paris*, *20 décembre 1895*).

Femme de 63 ans, entrée à l'hôpital pour des troubles de la déglutition et de la respiration remontant à quatre mois. Amaigrissement, bronchite, voix légèrement voilée, respiration un peu gênée, déglutition difficile. Tumeur du volume d'une grosse noix siégant à la place de l'épiglotte, élastique, irrégulière, bourgeonnante.

Laryngotomie sous-hyodienne après trachéotomie préalable. La tumeur est enlevée ; mort au dix-huitième jour de bronchopneumonie et gangrène pulmonaire.

A l'autopsie, à la partie inférieure de la trachée à la bifurcation des bronches, ganglion crétacé du volume d'une cerise qui gênait la respiration ; œdème ; pas de cancer du larynx. La tumeur était un épithélioma pavimenteux à globes épidermiques ayant envahi l'épiglotte et détruit le cartilage.

A. CARTAZ.

Mittheilungen über die Wirkung..... (Sur l'action des toxines diphtériques sur les tissus du corps humain), par CNOPF (*Münch. med. Woch.*, *52 et 53*, *p. 1206 et 1226*, *1895*).

D'après son relevé statistique, Cnopf montre la fréquence des lésions de compression par le tubage dans les cas de croup ; il montre la fréquence relative des sténoses laryngées consécutives et attribue ce fait à l'altération des tissus par les toxines diphtériques. Il faut donc ne faire l'intubation que le plus rarement possible ; ce qui est facilité par la sérumthérapie.

C. LUZET.

Taubstummheit, par Holger MYGIND (*Berlin et Leipzig*, *1894*, *et Berlin. klin. Woch.*, *n° 19*, *p. 416*, *13 mai 1895*).

La proportion des sourds-muets, calculée par 100,000 habitants, oscille entre 34 en Hollande et 245 en Suisse ; elle est plus considérable dans la race juive que dans les autres, et dans le sexe masculin (100) que dans le féminin (83).

Le fait que cette affection est la plus fréquente en Suisse et dans les contrées montagneuses adjacentes, semble indiquer une influence étiologique du sol et de l'altitude. L'influence héréditaire se traduit de multiples façons.

Les affections cérébrales sont la cause principale de la surdi-mutité acquise.

Comme conséquences de la surdi-mutité, il y a à signaler le développement imparfait du larynx et des poumons, et la prédisposition à la tuberculose.

D'après Wines, les sourds-muets fournissent 4 fois plus d'aliénés que les individus qui jouissent de tous leurs sens ; de même les aveugles qui comptent 6 fois plus d'aliénés. Mygind a réuni en tableau les lésions constatées à l'autopsie de 139 sourds-muets. J. B.

Sulle alterazioni senili dell'orecchio medio, par G. FERRERI (*Arch. ital. di otol.*, *IV*, *1*).

Contrairement à ce qui est admis d'une façon générale par les otologistes, F. ne croit pas que les troubles d'audition sénile tiennent dans la plupart des cas à de l'otite moyenne scléreuse hyperplasique. D'après ses recherches et l'examen de 201 sujets (135 h. et 66 f.), il pense qu'il s'agit d'une lésion primitive des articulations des osselets, conséquence probable de troubles trophiques nerveux ou d'atrophie du plexus de Jacobson, de dégénérescence des muscles, d'atrophie des osselets, etc.

A. CARTAZ.

Beiträge zur Influenza-Otitis zumal ihrer nervösen Form und Complication mit Facialisparalyse, par EITELBERG (*Wiener med. Presse*, *16 et 23 juin 1895*).

Les deux cas d'otite moyenne grippale compliqués de paralysie faciale commentés dans la seconde partie de ce travail concernent un homme et une femme de 40 ans, chez lesquels les phénomènes parésiques éclatèrent encore que l'otite était toute récente et la sécrétion des plus minimes. Recherchant les causes de la paralysie faciale en pareil cas, E. se refuse à voir là des phénomènes d'ordre mécanique (compression de l'aqueduc de Fallope par la muqueuse tympanique boursoufflée) ; il estime qu'elle est provoquée directement par l'infection, en un mot qu'elle est une détermination grippale. CART.

Contribuzione alla casuistica delle complicazioni endocraniche delle otiti, par G. GRADENIGO (*Arch. ital. di otol.*, *IV*, *1*).

1° Garçon de 10 ans atteint d'otorrée chronique gauche ancienne. Complication de mastoïdite. Trépanation de la mastoïde le 2 octobre. Guérison avec paralysie faciale gauche. Rentré en novembre pour des accès de céphalée intense, avec douleur mastoïdienne. Le 12 novembre, nouvelle trépanation. A la suite, la température reste toujours élevée le soir ; phénomènes méningitiques, puis lordose lombaire avec opisthotonos, douleurs sacrales, contracture des membres inférieurs. Ponction lombaire de Quincke, n'amenant qu'un liquide limpide rosé. Troisième opération, réouverture de la mastoïde, lésion du sinus transverse arrêtée par tamponnement ; ouverture du crâne en arrière, dure-mère saine, ponction exploratrice du cerveau, sans résultats. Mort. Pas d'autopsie.

2° Otite avec mastoïdite chez un enfant de 11 ans. Abcès extra-dural autour du sinus. Trépanation. Guérison. A. CARTAZ.

Unterbindung der Vena jugularis wegen Otitis pyaemica, par LANGENBUCH (*Berlin. klin. Woch., n° 34, p. 753, 26 août 1895*).

Les suppurations auriculaires peuvent amener l'infection purulente de deux façons, soit par phlébite des sinus, soit par phlébite du temporal. La thrombose des sinus est de beaucoup la complication la plus fréquente et elle est d'ordinaire mortelle, tandis que la pyohémie par phlébite temporale est bien plus rare et d'un pronostic moins grave. Langenbuch a eu l'occasion d'opérer deux cas de cette dernière catégorie.

L'opération a consisté chaque fois à trépaner l'apophyse mastoïde pour évacuer le pus qui pouvait s'y trouver, à ouvrir le sinus transverse pour s'assurer qu'il ne contenait pas de thrombus à enlever, enfin, à lier la jugulaire pour mettre fin au passage de matières infectieuses.

La première malade était une jeune fille de 17 ans, ayant depuis plusieurs années des bourdonnements dans l'oreille droite. A l'entrée à l'hôpital, on constate une otorrée droite et du gonflement cervical au-dessous de l'oreille; 41°7, frissons. Opération : le tissu mastoïdien était sclérosé et ne renfermait pas de pus ; le contenu du sinus transverse était normal. La veine jugulaire ne contenait pas de thrombus ; Langenbuch la sectionna entre deux ligatures au-dessous de l'abouchement de la veine commune de la face. Les frissons ne se reproduisirent pas, et malgré une fièvre irrégulière, l'état général s'améliora rapidement ; néanmoins, 21 jours après l'opération, on percevait de la tuméfaction du coude gauche qui, incisé, fournit du pus ; 4 semaines plus tard, on notait encore du gonflement inflammatoire du poignet gauche, dont l'incision donna aussi du pus. Au bout de quelques nouvelles semaines, toutes les plaies étant guéries, il n'existait plus d'écoulement auriculaire et la malade quittait l'hôpital.

Comme la jugulaire externe et la veine médiane du cou communiquent également avec les veines du temporal, Langenbuch pense qu'il y aurait lieu aussi de les lier.

La seconde malade était une femme de 31 ans, souffrant dès l'enfance de l'oreille gauche. Il y a huit semaines, accouchement suivi de recrudescence de l'écoulement auriculaire. L'apophyse mastoïde était un peu œdématiée et sensible à la pression ; 39°6, pouls 120, pas de frissons. Les cellules mastoïdiennes étaient pleines de pus, tandis que le sinus transverse était normal. Le lendemain, un premier frisson fut pour Langenbuch l'indication de lier la jugulaire interne. Néanmoins la fièvre persista avec des frissonnements répétés ; mort le seizième jour après l'opération. A l'autopsie, sur les deux tiers de sa longueur, le sinus transverse gauche était le siège d'un thrombus en voie de fonte purulente. Aucune métastase. Peut-être eût-on sauvé la malade, en intervenant à nouveau pour vider le sinus. Manifestement, le thrombus du sinus était postérieur à la première opération et c'était la ligature de la jugulaire qui expliquait l'absence de foyers métastatiques.

Dans la discussion, *Sonnenburg* confirme la guérison durable de la femme de 30 ans chez laquelle il a incisé le sinus tranverse, extrait le thrombus suppuré qu'il renfermait et tamponné ce sinus, sans lier la jugulaire ; la parésie faciale a complètement disparu. J. B.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année ou le volume ne sont pas indiqués sont de 1895

A

Abcès. — E. Hugon. Abcès tuberculeux multiples ; guérison par le massage. (*Rev. clin. d'andr.*, 13 nov.) — F. Fink. Un cas d'abcès sous-diaphragmatique. (*Prager med. Woch.*, 36.)

Abdomen. — Schmerber. Anatomie topographique de la région de l'aine et en particulier du canal crural. (*Lyon méd.*, 10 nov.) — Stapfer. Relation de la circulation abdominale avec les mouvements du cœur ; effets du massage abdominal, différence physiologique entre les syncopes et les lypothymies. (*Soc. de biol.*, 7 déc.) — Heidenhain. De la résorption dans la cavité abdominale. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXII, 6 et 7.) — Edwards. Ascite chyleuse et graisseuse, étude clinique et expérimentale. (*Medicine*, août.) — H. Leo. Diagnostic des affections des organes abdominaux. (*Berlin.*) — Johnson. Quatre mois de pratique hospitalière en chirurgie abdominale. (*Boston med. journ.*, 28 nov.) — Warren. La chirurgie abdominale à l'hôpital général de Massachusetts. (*Ibid.*, 14 nov.) — Noble. Les nouveaux problèmes de chirurgie abdominale et pelvienne chez la femme. (*Americ. j. of obst.*, déc.) — Velten. Des abcès sous-ombilicaux d'origine appendiculaire. (*Thèse de Lyon.*) — Duplay. Sur le phlegmon de la gaine des muscles grands droits de l'abdomen. (*Union méd.*, 21 déc.) — Thayer. Un cas de plaie pénétrante de l'abdomen et du gros intestin ; laparotomie ; guérison. (*Boston med. Journ.*, 12 déc.) — Borelius. Laparotomie pour plaies perforantes. (*Hygiea*, p. 241.) — Kroenlein. Deux cas de plaie pénétrante de l'abdomen avec perforation de l'intestin, laparotomie, suture, guérison. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 25 fév.) — Ziegler. Blessure grave du ventre par arme à feu. Laparotomie. Guérison. (*Münch. med. Woch.*, 33, p. 775.) — G. Lacharrière. Abcès sous-phrénique droit. Laparotomie ; guérison. (*Ann. policl. Bordeaux*, nov.) — Turazza. Contribution à l'étude des plaies pénétrantes de l'abdomen. (*Riforma méd.*, 1er oct.) — Fieux. Fibrome de la paroi abdominale. (*Journ. méd. Bordeaux*, 21 juill.) — Hass-

LER. Fibrome pur de la paroi abdominale chez l'homme. (*Gaz. des hôp.*, 21 nov.) — VERCHÈRE. De la valeur séméiologique du cancer de l'ombilic. (*Rev. mal. cancér.*, I, 2.)

Accouchement. — SCHATZ. Organisation des sages-femmes. (*Berlin. klin. Woch.*, 4 nov.) — LEOPOLD. Conduite des accouchements normaux par la seule exploration extérieure. (*Ibid.*, 4 nov.) — PRUVOST. Utérus double et accouchement. (*Thèse de Paris.*) — HERZ. Un cas de prolapsus utérin gravide ; accouchement provoqué. (*Wiener med. Woch.*, 23 nov.)—THIELE. Hémorragies variqueuses des organes génitaux comme complication de l'accouchement. (*Deut. med. Woch.*, 12 déc.) — LEES. Retard du travail par un sarcome du sacrum. (*Lancet*, 23 nov.) — P. MULLER. Traitement des déchirures du col pendant l'accouchement. (*Corresp.-Blatt. f. schiew. Aerzte*, 15 oct.) — GOSSMANN. La transformation manuelle des présentations de la face en présentations du sommet. (*Münch. med. Woch.*, 23, p. 523.)—PETERS. Anomalie rare de la présentation de la face, transformation manuelle. (*Wiener klin. Woch.*, 20 juin.) — HYPES. Les injections intra-utérines de glycérine doivent-elles être employées pour provoquer le travail? (*Americ. j. of obst.*, déc.) — A. CARON. De l'inversion utérine pendant la délivrance. (*Normandie méd.*, 15 déc.) — HEINRICH. Tératome sacré comme obstacle à la délivrance. (*Cent. f. Gynaek.*, 16 nov.) — CHAMBRELENT. Excès de volume de la tête fœtale, basiotripsie. (*Mercredi méd.*, 18 déc.) — VELDE et STRASSMANN. Hystéropexie vaginale cause de dystocie absolue. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 193, 9 sept.) — VOGT. Accouchement artificiel dans les bassins rétrécis, 24 cas. (*Norsk. mag. f. Lœger.*, p. 349.) — WAHL. Des accouchements par le forceps à la clinique de Dresde, de 1889 à 1894. (*Arch. f. Gyn.*, L, 2.) — PUECH. De l'application du forceps sur les occipito-postérieures, manœuvre de Loviot. (*N. Montpellier méd.*, 16 nov.) — HEINRICIUS. De la symphyséotomie. (*Finska läkar. handlinger*, XXXVIII, 1.) — AUVARD. Trois cas de symphyséotomie pratiqués à la Maternité. (*Arch. de tocol.*, déc.) — GEUER. Ostéoplastie pour fissures de la symphyse après la symphyséotomie. (*Cent. f. Gynaek.*, 26 oct.) — A. MARTIN. Résultats éloignés de la symphyséotomie. (*Normandie méd.*, 1er nov.)

Acné. — SALVAGE. De l'acné hypertrophique et de son traitement chirurgical. (*Thèse de Paris.*) — HALLOPEAU et MACREZ. Acné kératique. (*Soc. franç. de derm.*, 12 déc.) — LASSER. Acné folliculaire des membres simulant une syphilide papuleuse tardive. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 juin.) — SAALFELD. Acné varioliforme récidivant depuis 7 ans chez un homme de 28 ans. (*Ibid.*, 12 août.)

Acromégalie. — MOSSÉ et DAUMIC. Lésions anatomiques dans un cas d'acromégalie. (*Soc. anat. Paris*, 25 oct.) — DOYNE. Atrophie optique dans l'acromégalie. (*Trans. opht. Soc.*, XV, p. 133.) — VIRCHOW. Modifications du squelette dans l'acromégalie. (*Soc. méd. Berlin*, 4 déc.) — BENSON. Un cas d'acromégalie avec complications oculaires. (*Dublin Journ.*, nov.) — MENDEL. Un cas d'acromégalie. (*Berlin. klin. Woch.*, 30 déc.) — CHAPPELL. Acromégalie, examen du pharynx et du larynx. (*N. York Acad. of med.*, 18 déc.) — BRUNS. Traitement thyroïdien de l'acromégalie. (*Neurol. Centralb.*, déc.)

Actinomycose. — DU BOIS SAINT-SÉVRIN. Hygiène des équipages; l'actinomycose bovis. (*Arch. de méd. nav.*, nov.) — KCCHER. Actinomycose de la mâchoire inférieure. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 oct.) — EICHHORST. Coexistence d'actinomycose et de tuberculose pulmonaire. (*Ibid.*,

1er août.) — Ribbert. Foyer d'actinomycose d'origine intestinale en arrière du côlon ascendant. (*Ibid.*, 1er août.) — Bernharth. De l'actinomycose; présentation d'un cas d'actinomycose abdominale. (*Prager med. Woch.*, 36.) — Tourner. Traitement de l'actinomycose. (*Vratch*, 19 oct.) — Rydygier. Traitement de l'actinomycose. (*Wiener klin. Woch.*, 37.)

Addison (Mal. d'). — Brauer. Des modifications anatomiques du système nerveux dans la maladie d'Addison. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, VII, 5 et 6.) — Ferrio. Maladie d'Addison avec tuberculose uro-génitale. (*Gaz. med. di Torino*, 42.) — Stockton. Maladie d'Addison traitée par l'ingestion de capsules surrénales. (*Med. News*, 16 nov.) — Sansom. Maladie d'Addison traitée par l'extrait de capsules surrénales. (*London med. Soc.* 11 nov.)

Ainhum. — Coulogner. Etude de l'ainhum. (*Thèse de Bordeaux.*)

Albumine, urie. — Lohnstein. Estimation densimétrique de l'albumine. (*Arch. f. ges. Phys.*, LX, 3 et 4.) — Landsteiner. Sur la réaction colorée des albuminoïdes par l'acide nitreux et les phénols. (*Centralb. f. Physiol.*, IX, p. 434.) — E. Salkowski. Action des albumoses et de la peptone. (*Cent. med. Wiss.*, p. 545.) — Suter. De la benzylcystéine, combinaison de soufre de l'albumine. (*Zeit. f. phys. Chemie*, XX, 6.) — Baumann. Dérivés de l'albumine contenant du soufre. (*Ibid.*) — Krehl et Matthes. Action des albumoses. (*Arch. f. exp. Path.*, XXXVI, 5 et 6.) — Lazarus Barlow. Sur les taux initiaux d'osmose de certaines substances dans l'eau et dans les liquides albumineux. (*Journ. of phys.*, XIX, 1 et 2.) — Hamburger. Sur la détermination de la tension osmotique de liquides albumineux et particulièrement sur celle qui s'opère au moyen de l'abaissement du point de congélation. (*Rev. de méd.*, nov.) — Righi. D'une action protectrice de l'albumine de l'œuf chez le lapin. (*Riforma med.*, 9 août.) — Krehl et Matthes. De l'albuminurie fébrile. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LIV, p. 501.) Righi. Note sur l'abuminurie artificielle comme moyen d'étude de la nature chimique de la tétanine et sur l'albuminurie produite expérimentalement par l'urée. (*Riforma med.*, 12 sept.) — Belt. La signification pronostique de l'albuminurie. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 2 nov.) — Heller. De l'albuminurie mercurielle. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 nov.) — Lop. De l'accouchement provoqué dans l'albuminurie gravide. (*Marseille méd.*, 15 déc.)

Alcool, isme. — Biourge. Recherches sur la fermentation alcoolique. (*La Cellule*, XI, 1.) — Alfred Jörgensen. Origine des levures alcooliques. (*Copenhague.*) — Dastre. De l'action de l'alcool sur la digestion. (*Soc. de biol.*, 14 déc.) — Haan. Variations du chimisme stomacal et de la motilité gastrique sous l'action de doses élevées et prolongées d'alcool. (*Ibid.*) — Berkley. Lésions produites par l'alcool éthylique sur la cellule nerveuse (*Americ. j. of insan.*, juillet.) — Daremberg. Toxicité des boissons alcooliques. (*Bull. Acad. méd.*, 15 oct.) — Daremberg. La toxicité des boissons alcooliques mesurée à l'aide des injections intra-veineuses chez le lapin. (*Arch. de méd. exp.*, VII, 6.) — Devine. Un cas d'intoxication aiguë par l'alcool chez un enfant; mort. (*Boston med. Journ.*, 28 nov.) — Clevenger. L'alcoolisme. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 19 oct.) — Brody de Lamotte. De l'alcoolisme dans le délire chronique à évolution systématique; le délire des persécutions chez les alcooliques. (*Thèse de Paris.*) — Klewe. De la pseudo-paralysie alcoolique. (*Allg. Zeit. f. Psych.*, LII, 3.) — Debove. Des paralysies alcooliques. (*Méd. moderne*, 16 nov.) — Koulbine. De l'alcoolisme chronique chez les animaux. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — Circulaire du ministre de la justice belge recommandant l'application

stricte de la loi de 1887 sur l'ivresse publique. (*Mouv. hygién.*, XI, n° 8.) — Th. Belval. La lutte contre l'alcoolisme. (*Ibid.*, XI, n° 6 et 7, p. 283.) — — Belval. La lutte contre l'alcoolisme. (In-8°, *Bruges.*) — Legrain. Les asiles d'ivrognes. (*Ann. Policl. Paris*, mars.) — Compte rendu de l'assemblée de la Ligue belge contre l'alcoolisme. (*Mouv. hygién.*, XI, 227.) — Magnan et Sérieux. Traitement des buveurs d'habitude. (*Méd. moderne*, 27 nov.) — Crothers. L'hypnotisme dans le traitement de l'alcoolisme. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 30 nov.) — Aufrecht. Traitement de la myocardite alcoolique et de ses suites. (*Therap. Monats.*, nov.)

Aliénation. — Ladame. Le nouvel asile des aliénés à Genève et les questions qui s'y rattachent. (In-8°, 110 p., *Genève.*) — v. Rothe. La psychiatrie en Russie. (104 p., *Vienne.*) — Mc Clain. La médication routinière dans les asiles d'aliénés. (*Medical Record*, 12 oct.) — Marandon de Montyel. Des quartiers spéciaux d'un asile d'aliénés. (*Arch. de neurol.*, déc.) — Sérieux. Notice historique sur le développement de l'assistance des aliénés en Allemagne. (*Ibid.*, nov.) — N. Schaefer. Les maisons de santé particulières pour aliénés. (*Deut. Viertelj. f. œff. Gesundh.*, XXVII, 599.) — Kortum. Réforme de la surveillance exercée par l'Etat sur les asiles privés d'aliénés en Prusse. (*Berlin. klin. Woch.*, 15 juill.) — Marandon de Montyel. Asiles ouverts pour aliénés. (*Ann. d'hyg. publ.*, nov.) — Motet. Condamnés atteints d'aliénation. (*Ibid.*, août.) — Lombroso. La folie dans les temps anciens et modernes. (*Arch. di psichiat.*, XVI, 4 et 5.) — Mosher. Analyse de 156 cas d'admissions au St Lawrence State Hospital, avec examen spécial des cas de manie aiguë. (*Med. Record*, 14 déc.) — Spratling. Sur les époques physiologiques qui prédisposent à la démence. (*Ibid.*, 19 oct.) — Rohé. La démence et les affections pelviennes chez la femme. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 12 oct.) — Christison. L'essence de la démence. (*Ibid.*, 19 oct.) — Kiernan. La démence aiguë. (*Ibid.*, 28 déc.) — Tiberi. Le suicide dans l'hérédité mentale. (*Thèse de Lyon.*) — Babcock. De l'hérédité morbide et de la prédisposition à la folie des hommes de génie. (*Journ. of nerv. dis.*, déc.) — Berkley. La canse de la démence permanente. (*Med. News*, 9 nov.) — Tiling. De la dégénérescence morale congénitale ou perversion du caractère. (*Allg. Zeit. f. Psych.*, LII, 2.) — Worster. Sur un cas de compression chronique de la moelle allongée et de la région cervicale supérieure de la moelle par l'apophyse odontoïde dans un cas de paranoia; recherches sur le développement des idées délirantes par l'idéalisation des sensations physiques. (*Ibid.*, LII, 2.) — Burr. La paranoia. (*Medicina*, nov.) — Mahon. Des psychoses séniles. Délire de persécution chez les vieillards. (*Thèse de Bordeaux.*) — Noetzli. De la démence sénile. (*Mittheil. klin. und med. Inst. Schweiz.*, III, 4.) — A. Voisin. Hallucinations provocatrices de sensations, du besoin d'uriner. (*Soc. méd. psych.*, 28 oct.) — Vallon. Obsession homicide. (*Ibid.*, 25 nov.) — Cristiani. Epilepsie tardive des aliénés. (*Arch. di psychiat.*, XVI.) — Kœppen. De la folie raisonnante. (*Arch. f. Psych.*, XXVIII, 1.) — Sandberg. Psychopathologie de la paranoia chronique. (*Allg. Zeit. f. Psych.*, LII, 3.) — Heller. Sarcome de l'épididyme provoquant un délire de persécution à idées génitales. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 juin.) — Papillon. Des sillons des ongles chez les aliénés. (*Thèse de Lyon.*) — Dmitrewski. Lésions anatomo-pathologiques des côtes chez les aliénés. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Bannister. Le traitement de l'aliénation dans la famille. (*Journ. of nerv. dis.*, nov.) — Diller. Association du tabes et de la démence paralytique (*Ibid.*) — Clark. Les frontières de la folie. (*Ibid.*) — Watson. Diagnostic et traitement précoces des troubles mentaux. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 28 déc.)

Alimentation. — Mosselman et Hebrant. Guide du consommateur. La viande et les produits qui s'y rattachent dans l'alimentation de l'homme. (In-12, *Bruxelles*, 1896.) — Roquemaure. Hygiène alimentaire aux pays chauds. (*Thèse de Bordeaux.*) — Friedmann. Régime alimentaire des détenus cellulaires des pénitenciers militaires de Russie. (*Hyg. Rundsch.*, V, 816.) — Munk et Uffelmann. L'alimentation de l'homme sain et de l'homme malade. (*Vienne* et *Leipzig.*) — Girard. Application de la valeur boulangère des farines; dosage des débris d'enveloppe et de germes susceptibles de diminuer la qualité du pain. (*Acad. des sc.*, 9 déc.) — Balland. Sur la répartition des matières azotées et des matières minérales dans le pain. (*Ibid.*, 25 nov.) — Rehsteiner. Du bouillon de petit lait, son absorption dans l'intestin. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 nov.) — Weiske. Influence d'une alimentation acide sur la nutrition et principalement sur la formation des os. (*Zeit. f. phys. Chemie*, XX, 6.) — Sebelier. Influence de l'alimentation sur la teneur du lait de vache en graisse. (*Hyg. Rundsch.*, V, p. 718.) — Duclaux. Substitution des aliments organiques d'après Pfeffer. (*Ann. Inst. Pasteur*, IX, 11.) — Heubner. L'alimentation des jeunes enfants. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 mars.) — Heubner. Action des féculents comme aliment chez les jeunes enfants dyspeptiques. (*Ibid.*, 11 mars.) — Prietley. Sur l'alimentation de l'enfant. (*Brit. med. j.*, 7 déc.) — Baron. Les préparations alimentaires pour les enfants. (*Münch. med. Woch.*, 29.) — Papiewski. Sur l'alimentation des nourrissons. (*Gaz. lek.*, sept.) — Vaughan et Perkins. Infection alimentaire par les germes toxicogéniques. (*Med. News*, 16 nov.) — Prinsen Geerligs. L'ang-khak, une matière d'origine cryptogamique et chinoise affectée à la coloration des substances alimentaires. (*Chemiker Zeitg.*, XIX.) — Inspection de la fabrication et du commerce des denrées alimentaires en Belgique. (*Rev. intern. des falsif.*, VIII.) — Beckeerts et Heller. Dosage des matières grasses des aliments avec le réfractomètre. (*Arch. f. Pharm.*, CCXXXIII.)

Allaitement. — Stieffel. De l'allaitement chez les femmes débiles. (*Indép. méd.*, 25 déc.) — Bernheim. Nourrices et tuberculose. (*Ibid.*, 25 déc.) — Irsl. Dosage de la graisse dans le lait dans les 10 premiers jours de l'accouchement. (*Arch. f. Gyn.*, L, 2.) — Wachsmuth. De la digestibilité du lait de vache chez les nourrissons. (*Jahrb. f. Kind.*, XLI, 2.) — Heinzel. Quelques cas d'amblyopie dans la période d'allaitement. (*Beit. z. Augenh.*, 21.)

Amputation. — Wyeth. Comment doit-on faire une amputation. (*N. York med. j.*, 16 nov.) — Roth. De l'amputation scapulo-humérale. (*Berlin. klin. Woch.*, 14 oct.) — Koehler. Un cas d'amputation interscapulo-humérale. (*Ibid.*, 2 déc.) — Wyeth. Amputation de l'épaule sans hémorragie. (*N. York Acad. of med.*, 9 déc.) — Brown. Deux désarticulations de la hanche avec succès. (*Ibid.*, 9 déc.)—Gollmer. Sur la prothèse de la cuisse. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 nov.) — Pillard. Des amputations dans les condyles du fémur. (*Thèse de Lyon.*) — Herda. Résultats de l'amputation de Gritti. (*Münch. med. Woch.*, 1.)

Amygdale. — Bunce. Amygdalite contagieuse. (*Philad. policl.*, sept.) — Beausoleil. De l'inflammation aiguë de l'amygdale linguale. (*Rev. de laryng.*, 1er déc.) — Tidey. De l'amygdalite septique comme maladie aiguë spécifique. (*Lancet*, 14 déc.) — Burgess. Hémorragies répétées dans un cas d'amygdalite suraiguë. (*Royal Acad. of med. Ireland*, 13 déc.) — Botey. Deux cas d'hypertrophie amygdalienne tuberculeuse larvée. (*Rev. lat. de rinol.*, nov.) — Farlow. L'ablation des amygdales. (*N. York med. j.*,

9 nov.) — Berlioz et Lépinois. Examen d'un calcul amygdalien (phosphates principalement). (*Journ. de pharm.*, 15 nov.) — Evans. Un cas de chancre de l'amygdale. (*Journ. of cut. dis.*, oct.) — Hansell. Des tumeurs malignes de l'amygdale. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIV, 3.)

Anatomie. — Retterer. Anatomie et physiologie animales. (In-16, 494 p., *Paris*, 1896.) — Morris. L'étude de l'anatomie. (*Brit. med. j.*, 30 nov.) — Spalteholz. Atlas manuel d'anatomie humaine. (*Leipsig.*) — Otawa. L'anatomie au Japon. (*Anat. Anzeiger*, XI, 16.) — Gerota. L'emploi du formol en anatomie topographique. (*Ibid.*, XI, 13.)

Anémie. — Stockman. Production expérimentale de l'anémie chez les chiens. (*Journ. of path. and bact.*, III, 4.) — Hayem. Anémie et tuberculose. (*Tribune méd.*, 18 déc.) — Rochester. Le cœur dans l'anémie. (*Med. News*, 7 déc.) — Abrams. Atélectasie pulmonaire comme cause d'anémie. (*Medicine*, déc.) — Barney. Anémie, causes, traitement par le pepto-manganèse. (*N.-York med. j.*, 7 déc.) — Pepper. Anémie pernicieuse suite d'affection iléo-colique. (*Med. News*, 23 nov.)

Anesthésie. — Zachrisson. De l'anesthésie par le chloroforme et l'éther; technique, accidents, etc... (*Upsala läk. förhandl.*, XXX.) — Brickner. Remarques sur l'anesthésie par l'éther et le chloroforme. (*Med. News*, 9 nov.) — Keefe. Etude sur l'anesthésie et les anesthésiques. (*Boston med. Journ.*, 28 nov.) — Gay. Des circonstances dans lesquelles le chloroforme est préférable à l'éther comme anesthésique. (*Ibid.*, 31 oct.) — Silk. De l'administration des gaz et de l'éther. (*Guy's hosp. Rep.*, LI, p. 213.) — Mertens. Statistique de l'anesthésie par l'éther. (*Münch. med. Woch.*, 45.) Schacht. L'éther comme anesthésique. (*Brit. gyn. j.*, fév.) — Huppe. Anesthésie par injection d'éther dans l'oreille chez le chien et le cheval. (*Berl. thier. Woch.*, 35.) — Davis. L'hypnotisme; la suggestion comme aide dans l'anesthésie avec le chloroforme ou l'éther. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 5 oct.) — Ceccherelli. Les variations de la température pendant l'anesthésie chloroformique. (*Policlinico*, 17.) — Discussion de la Société vaudoise de médecine sur les bronchites après éthérisation. (*Rev. méd. Suisse romande*, XV, 407.) — Jacobsen. Des substances solubles dans l'éther, réductrices du sang et du foie. (*Skand. Arch. f. Phys.*, VI, 4.) — Nachod. Examen de l'urine après l'anesthésie chloroformique. (*Arch. f. klin. Chir.*, LI, 3.) — Weir. Influence de l'éther sur le rein. (*N. York med. j.*, 16 nov.) — Abram. Acétonurie et anesthésie générale. (*Journ. of path. and bact.*, III, 4.) — Prochownik. De l'emploi régulier de l'inhalation d'oxygène à la suites des narcoses. (*Münch. med. Woch.*, 31, p. 721.) — Kaarsberg. Mort par anesthésie par l'éther. (*Hosp. Tidende*, R. 4, III, p. 895.) — Evenhoff. Action de la strychine sur le collapsus chloroformique. (*Vratch*, 4 janv.) — P. Brouardel. Asphyxie par les agents anesthésiques. (*Ann. d'hyg. publ.*, sept.) — Van Hook. Valeur de l'anesthésie par infiltration. (*Med. News*, 16 nov.) — Greenfelsder. Méthode d'anesthésie locale de Schleich. (*Medicine*, nov.) — Wurdemann. L'anesthésie locale par la méthode de l'infiltration dans la pratique oculaire. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 16 nov.) — Contant. Etude des anesthésiques locaux et en particulier du gaïacol en injections sous-cutanées. (*Thèse de Bordeaux.*) — Bellencontre. L'anesthésie locale par les injections d'huile gaïacolée en chirurgie oculaire. (*Journ. de méd. Paris*, 22 déc.) — Ollivier. Anesthésie locale pour l'ouverture d'un anthrax. (*Ibid.*, 10 nov.) — Jumon. Manuel d'anesthésie par le protoxyde d'azote. (In-16, 180 p., *Paris.*) — Maurel. Cocaïne, ses propriétés toxiques et thérapeutiques, aperçu gé-

néral sur l'anesthésie. (In-8°, *Paris.*) — CURTIS. Anesthésie, doses faibles et fortes, par la cocaïne. (*N. York Acad. of med.*, 9 déc.) — SOUCHON. Anesthésie continue dans les opérations sur la face et la bouche. (*Med. News*, 23 nov.) — ZIMMERMANN. Points de pratique dans l'anesthésie pour opérations plastiques sur l'œil. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 19 oct.)

Anévrisme. — KOENIG. Deux cas d'anévrismes valvulaires. (*Berlin. klin. Woch.*, 4 nov.) — LUZZATTO. Symptomatologie et diagnostic des anévrismes de l'aorte thoracique (In-8°, 210 p., *Venise.*) — VILLANI. Contribution à l'étude des anévrismes de l'aorte. (*Riforma med.*, 12 août.) — GUÉRIN et F. MARTIN. Anévrismes multiples de l'aorte chez un saturnin. (*Journ. méd. Bordeaux*, 8 déc.) — ROBINSON. Anévrisme traumatique de l'artère temporale. (*Brit. med. j.*, 7 déc.) — DUPLAY. Anévrisme artério-veineux de la carotide primitive et de la jugulaire interne. (*Presse méd.*, 14 déc.) — TROISFONTAINES. Anévrisme traumatique de l'artère crurale guéri par la compression élastique. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 sept.) — J. ISRAEL. Anévrisme de la 3e perforante fémorale. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 oct.)

Angine. — BOICHON. Des angines prémonitoires du rhumatisme articulaire aigu. (*Thèse de Lyon.*) — LEMOINE. Etude bactériologique des angines non diphtériques. (*Ann. Inst. Pasteur*, IX, 12.) — NEWCOMB. De l'angine de Ludwig. (*N. York med. j.*, 23 nov.) — BOBONE. De l'angine de Ludwig blennorragique. (*Boll. mal. dell' orecchio*, XIII, p. 316.) — DEBOVE. Angine de poitrine tabétique. (*Méd. mod.*, 14 déc.) — EBSTEIN. Coexistence d'angine de poitrine, de goutte et de diabète (2 cas). (*Berlin. klin. Woch.*, 10, 17 et 24 juin.)

Angiome. — FIEUX. Angiome caverneux de la lèvre. (*Journ. méd. Bordeaux*, 30 juin.) — R. A. PETERS. Traitement des angiomes par l'électrolyse. (*Vratch*, 9 nov.)

Anomalies. — SOULIGOUX. Anomalies vasculaires et musculaires. (*Soc. anat. Paris*, 15 nov.) — CRUCHET. Sur une anomalie du grand pectoral. (*Journ. méd. Bordeaux*, 8 déc.) — H. UCKE. Un cas de deux valvules sigmoïdes dans l'aorte d'un homme de 23 ans, mort de phtisie. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXL, 1.) — POSSELT. De l'inversion viscérale. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LV, p. 202.)

Antisepsie. — G. POUCHET. Généralités sur les antiseptiques et la pratique de l'antisepsie. (*Progrès méd.*, 30 nov.) — FERRAND. De l'antisepsie intestinale. (*Soc. de thér.*, 18 déc.) — BARDET. De l'antisepsie gastro-intestinale. (*Ibid.*, 27 nov.) — LOEB. De l'antisepsie pour les préparations d'iode. (*Berlin. klin. Woch.*, 886, 7 oct.) — KOSSMANN. Chinosol comme antiseptique. (*Cent. f. Gyn.*, 28 déc.)

Anus. — DEPAGE. Fistule anale entretenue pendant 33 ans par la présence d'un fragment osseux dans les tissus. (*Ann. Soc. belge de chir.*, 15 mai.) — SPALDING. Fistule stercorale, opération par le bouton de Murphy. (*Med. News*, 7 déc.) — LEQUEU et MARIEN. Epithélioma hétéradénique de la région rétro-anale. (*Soc. anat. Paris*, 15 nov.)

Appareils. — ROSENTHAL. Appareil pour le dosage de l'acide carbonique. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 oct.) — HENRY. Sur un dynamomètre de puissance spécialement applicable aux études physiologiques.

(*Soc. de biol.*, 23 nov.) — ENGELMANN. Du pantokymographion. (*Arch. f. ges. Phys.*, LX, 1 et 2.) — MARAGE. Serre-nœud électrique automatique pouvant servir d'amygdalotome. (*Gaz. des hôp.*, 28 nov.) — BURRI. Un nouveau stérilisateur (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 25.) — FOX. Système de bandage circulaire. (*N. York med. j.*, 9 nov.) — HEUSNER. Nouveaux appareils pour les extrémités. (*Deut. med. Woch.*, 26 déc.) — BULHOES. Un nouvel urétrotome. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, déc.) — JANET. Appareils et instruments nouveaux pour le traitement des maladies génito-urinaires. (*Ibid.*, nov.) — LEDERMANN. Appareil pour les applications froides ou chaudes sur le périnée. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 729, 19 août.) — GROTHAN. Irrigateur utérin combiné avec un tube à drainage ; indications de son emploi. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 30 nov.) — ALBERS-SCHOENBERG. Nouvelle boite d'instruments gynécologiques. (*Cent. f. Gyn.*, 28 déc.)

Artère. — SCHWALBE. Anatomie des artères de l'avant-bras, de l'arcade superficielle. (*Morphol. Jahrb.*, XXIII, 3.) — HURHLE. Mensuration et enregistrement de la pression artérielle chez l'homme. (*Berlin. klin. Woch.*, 963, 30 nov.) — HEIDENHAIN. De la suture des plaies d'artères. (*Cent. f. Chir.*, 7 déc.)

Articulation. DU BOIS-REYMOND. Des mouvements articulaires par opposition. (*Anat. Anzeiger*, XI, 15.) — A. MOUCHET et CORONAT. Des arthropathies d'origine nerveuse. (*Arch. de méd.*, déc.) — MEYER. Les résultats du traitement de Bier dans la tuberculose articulaire. (*N. York Acad. of med.*, 20 déc.) — WOLFF. Opération de l'ankylose du coude. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 oct.) — TROQUART. Synovite tuberculeuse du genou traitée avec succès par les injections d'huile iodoformée. (*Journ. méd. Bordeaux*, 22 déc.) — NEWTON. Tuberculose de l'articulation du genou. (*Med. Record*, 14 déc.) — DUPLAY. Des pseudo-coxalgies. (*Semaine méd.*, 18 déc.) — LEUSSER. De la coxa vara. (*Münch. med. Woch.*, 30.) — PUTTEMANS. Un cas de sacro-coxalgie. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 déc.) — L. HENDRIX. De la coxalgie au début. (*La policl. Bruxelles*, 15 déc.) — LÉVÊQUE. De la coxalgie ostéomyélitique suppurée d'origine fémorale. (*Thèse de Lyon.*) — SASSE. Traitement conservateur de la coxite tuberculeuse, ses résultats. (*Arch. f. klin. Chir.*, LI, 4.) — LEBRUN. Observations d'arthrectomie précoce dans la tuberculose de la hanche et du genou. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 oct.) — BRUNET. De la malformation congénitale de la hanche, ses rapports avec la luxation cougénitale. (*Thèse de Bordeaux.*) — HOFFA. Traitement des difformités consécutives à la coxalgie. (*Berlin. klin. Woch.*, 842, 23 sept.) — HOFFMAN. De l'emploi des emplâtres adhésifs dans le traitement des affections articulaires. (*Americ. med. Bull.*, 1er oct.) — HILDEBRAND. Etude expérimentale sur les corps libres articulaires. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLII, 3.) — SNYERS. Fracture du cartilage semi-lunaire du genou. Extirpation. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 déc.) — GEISSLER. Anatomie et traitement du genu valgum. (*Berl. klin. Woch.*, 2 déc.)

Asphyxie. — BOTTAZZI. De quelques altérations déterminées par l'asphyxie dans les hématies. (*Lo Sperimentale*, sez. biol., p. 417.) — MARTIN. La méthode de respiration artificielle de Laborde. (*Therap. Gaz.*, 16 déc.) — BISSELL. Etude sur la cause, la nature et le traitement de l'état de mort apparente chez le nouveau-né. (*Med. Record*, 30 nov.)

Asthme. — LESEUR. De l'affection dite des foins. (*Thèse de Paris.*) — GOODHART. L'asthme spasmodique. (*London harveian Soc.*, 7 nov.) — SMITH. Traitement palliatif de l'asthme des foins. (*Med. Record*, 5 oct.) — MON-

GORGÉ. Trois prodromes éloignés de l'asthme. (*Loire méd.*, 15 déc.) — SMITH. Traitement palliatif de la fièvre des foins. (*Med. Record*, 5 oct.)

Astigmatisme. — STARKEY. L'astigmatisme latent. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 16 nov.) — RISLEY et THORINGTON. Symétrie et asymétrie de la cornée dans l'astigmatisme. (*Ibid.*, 16 nov.)

Athétose. — IMMERMANN. Un cas d'athétose congénitale. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 25 fév.)

Avortement. — HABERDA. Lésions de l'avortement criminel par les agents mécaniques. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.* oct.) — BIRGE. Un cas particulier d'avortement criminel. (*Boston med. Journ.*, 24 oct.) — GOTTSCHALK. Avortement spontané à 2 mois avec intégrité du sac de la caduque vraie (*Berlin. klin. Woch.*, p. 772, 2 sept.) — GOTTSCHALK. Rétroflexion utérine. fixée ; avortement tubaire précoce ; hématocèle rétro-utérine récente ; cœliotomie ; guérison. (*Ibid.*, 8 juillet.) — VEIT. Avortement tubaire ; ablation de la trompe pour hémorragie concomitante. (*Ibid.*) — DEBAINS. Conduite à tenir dans l'avortement ovulaire et embryonnaire. (*Thèse de Paris.*) — KAESTNER. Traitement de l'avortement répété par suite de syphilis paternelle. (*Thèse de Kiel.*) — JACOB. Traitement de l'avortement. (*Monats. f. Geburts.*, sept.) — MISRACHI. Traitement de l'avortement. (In-8°, 277 p., *Paris.*) — DEMELIN. Traitement de l'avortement. (*Journ. des Praticiens*, 2 nov.)

B

Bactériologie. — MANGIN. Prècis de technique microscopique et bactériologique. (In-18, *Paris.*) — TROUESSART. Guide pratique du diagnostic bactériologique des maladies microbiennes. (In-16, *Paris.*) — STZEROTT et NIEMANN. Atlas microscopique de bactériologie. (*Leipzig.*) — JAGER. Les progrès des méthodes de recherche bactériologique et de leur valeur pour le diagnostic des maladies infectieuses. (*Med. Corr. Würtemb. aerztl.*, 34.) — SMITH. La pratique médicale éclairée par la bactériologie. (*Med. Record*, 26 oct.) — ABEL. Technique bactériologique. (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 22.) — TROUESSART. Sur la nomenclature des bactéries. (*Soc. de biol.*, 30 nov.) — CHARRIN et GLEY. Sur l'action héréditaire et l'influence tératogène des produits microbiens. (*Arch. de phys.*, VIII, 1.) — CHARRIN et NOBÉCOURT. Les toxines et la croissance. (*Ibid.*) — CALMETTE. Toxines et antitoxines. (*Bull. méd.*, 20 nov.) — BRIEGER (L.). Nouvelles recherches sur les poisons microbiens. (*Zeits. f. Hyg.*, XIX.) — KEDROWSKI. Conditions permettant aux microbes aérobies de vivre en présence d'oxygène. (*Ibid.*) — BABES. Observations sur les corpuscules métachromatiques, la sporulation, la ramification, la capsulation et la formation en massue des microbes pathologènes, (*Ibid.*, XX.) — RABINOVITSCH. Microbes thermophiles. (*Ibid.*, XX.) — KUTSCHER. Flore microbienne du purin de fumier. (*Ibid.*, XX.) — W. SCHILD. Présence de microbes dans l'intestin du nouveau-né avant toute alimentation. (*Ibid.*, XIX.) — KÜLTHER. Nouveau microbe pyogène trouvé chez l'homme. (*Ibid.*, XIX.) — MEAD BOLTON. Effets de divers métaux sur le développement de certains microbes. (*Trans. of Americ. Assoc. of Physic.*,

IX.) — Bunge. De la sporulation dans les bactéries. (*Fortschr. der Med.*, XIII, p. 813.) — E. Arnould. Influence de la lumière sur les animaux et sur les microbes, son rôle en hygiène. Revue critique. (*Rev. d'hyg.*, juin.) Miquel et Lattraye. De la résistance des spores des bactéries aux températures humides égales et supérieures à 100°. (*Ann. de microg.*, mars.) — Neisser. Numération microscopique des plaques de cultures. (*Zeits. f. Hyg.*, XX.) — Fraenkel. Bacille capsulé trouvé dans du pus hépatique et très ressemblant à celui de Pfeiffer. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 octobre.) — Danilewsky. De l'influence de la lécithine sur la croissance et la multiplication des organismes. (*Acad. des sc.*, 30 déc.) — Chassevant. Action du benzène sur les microorganismes. (*Journ. de pharm.*, 15 nov.) — Tappeiner. De l'action de la phénylchinoline et des phosphines sur les organismes inférieurs. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*. LV, p. 369.) — Fischer. Action de la gélatine sur les bacilles typhique et charbonneux (*Thèse de Bonn*, 1894.) — Meyer. Action bactéricide de l'argonine. (*Zeits. f. Hyg.*, XX.) — S. Ottolenghi. Action des bactéries sur les alcaloïdes. Action de quelques saprophytes sur la toxicité de la strychnine. (*Riforma med.*, 25 sept.) — Hutchinson. De l'état latent des germes parasites ou des poisons spécifiques dans l'organisme : rage, syphilis, etc. (*Royal med. and chir. Soc.*, 26 nov.) — Szego. Les bactéries intestinales du nouveau-né et de l'enfance. (*Gyogyaszat*, 42.) — Eberle. Numération des bactéries dans les fèces normales des nouveau-nés. (*Cent. f. Bakt.*, XIX, 1.) — Grimbert et Choquet. Sur la présense du coli-bacille dans la bouche de l'homme sain. (*Journ. de pharm.*, 15 nov.) — Conor. Le bacillus coli communis et ses variations considérées dans son pouvoir zymotique. (*Thèse de Lyon.*) — De Freudenreich. De la recherche du bacille coli dans l'eau. (*Ann. de microg.*, 7, p. 326.) — Masella. Influence de la lumière solaire directe sur l'infection chez les cobayes par les bacilles cholérique et typhique. (*Ann. d'ig. sper.*, V, 1.) — Agro. De l'action pathogène simultanée des cultures à symbiose du bacille coli et du bacille cholérigène. (*Ann. d'ig. sper.*, V, 1.) — Klein. Un bacille intestinal pathogène anaérobie, bacille de l'entérite sporogène. (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 24.) — Lösener. De la présence autour de nous de bacilles éberthiformes en l'absence de tout foyer typhoïdique appréciable et du diagnostic du bacille d'Eberth. (*Arbeiten aus d. k. Gesund.*, XI.) — Grimbert. Action des antiseptiques intestinaux sur les fonctions chimiques du bactérium coli. (*Soc. de biol.*, 14 déc.) — Tessier. Etude du tétragène. (*Arc. de méd. expér.*, VIII, 1.) — Scotti. Sur les différences que présentent des cultures du streptocoque de l'érysipèle et du streptocoque pyogène. Sur l'influence réciproque qu'exercent sur eux le pneumocoque et le streptocoque de l'érysipèle. (*Riv. clin. e terapeutica*, août.) — V. Schroetter. Sur le pigment de la sarcina aurantiaca et du staphylocoque pyogenes aureus. (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 25.) — Lemoine. Variabilité de quelques caractères de structure du streptocoque. (*Soc. de biol.*, 21 déc.) — Williams et Cameron. De l'infection générale chez l'enfant par le bacille pyocyanique. (*Journ. of path. and bact.*, III, 4.) — Shürmeyer. Le bacille pyocyanique. (*Zeits. f. Hyg.*, XX.) — Kutscher. Spirillum undula minus et spirillum undula majus. (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 20.) — Jolles et Winkler. Etudes bactériologiques sur la margarine et ses produits. (*Zeits. f. Hyg.*, XX.) — W. Schrenk Examen bactérologique d'œufs pourris malgré leur conservation dans l'eau de chaux. (*Zeits f. œsterr. Apothek. Verrein.*, XXXIII.)

Bain. — Lefèvre. Considérations générales sur la calorimétrie par les bains, étude expérimentale sur l'homogénéité de température et sur le refroidissement d'une grande masse liquide (*Arch. de phys.*, VIII, 1.) — Livierato et

Marenco. Action des bains chauds sur la température et les échanges azotés. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXXIV, 3 et 4.) — Bornstein. Action des bains très chauds. (*Berl. klin. Woch.*, 15 avril.) — Jaquet. Influence des bains frois sur la circulation. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 oct.) —Leyden. Les stations climatiques et balnéaires russes. (*Berl. klin. Woch.*, 22 juill.).

Bassin. — Schatz. Les rétrécissements pelviens dans l'Allemagne du Nord. (*Berlin. klin. Woch.*, 862, 30 sept.) — Peters. Etude du bassin coxalgique el de la synostose des articulations sacro-iliaques. (*Arch. f. Gyn.*, L, 3.)— Verhoogen. Myxosarcome de la fosse ischio-rectale. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 déc.) — G. Gabrielsen. Péritonite pelvienne avec abcès dans la fosse de Douglas. (*Norsk Magasin*, oct.)

Béribéri. — Roll. Sur un cas de béribéri. (*Norsk Magasin*, nov.).

Biliaire. — Rachford. Anatomie comparée des produits biliaires et pancréatiques des mammifères. (*Medicine*, déc.) — Tobias. Sur l'absorption par les voies biliaires. (*Arch. de biol.*, XIV, 2.) — Rachford et Soutghate. Influence de la bile sur l'action protéolytique du suc pancréatique. (*Med. Record*, 21 déc.) — Werbitzki. Action des pigments biliaires sur l'organisme dans la rétention biliaire. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Bonnet-Saint-René. Valeur diagnostique de l'état de la vésicule biliaire dans les ictères chroniques par rétention (*Thèse de Paris.*) — Hanot et Létienne. Sur diverses variétés de lithiase biliaire. (*Soc. de biol.*, 21 déc.)—L. Mégevand. Calculs biliaires. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XV, 610.) — Galliard. Les altérations de la veine porte dans la lithiase biliaire (*Méd. mod.*, 20 nov.) — Kraus. De l'élimination spontanée des calculs billaires et de leur ablation chirurgicale. (*Prager med. Woch.*, 36.) — Gilbert et Claude. Recherches expérimentales sur la tuberculose des voies biliaires. (*Soc. de biol.*, 21 déc.) — Lejars. De la cholécystectomie dans la lithiase biliaire. (*Bull. méd.*, 25 déc.) — F. Terrier. Calculs biliaires. Opération de cholécystectomie partielle et de cholécystostomie. (*Gaz. hebd.*, *Paris*, 21 décemb.) — Terrier. Traitement chirurgical de l'angiocholite et de la cholécystite infectieuses. (*Rev. de chir.*, déc.) — Ricketts. 3 cas de chirurgie biliaire. (*Amer. j. of obst.*, déc.) — Delagenière. Cholécystotomie intra-pariétale et trans-musculaire, 3 cas. (*Arch. prov. de chir.*, IV, 11.) — Julliard. Cholécystotomie idéale. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XV, 10.) — Saalfeld. Cancer de la vésicule biliaire chez un homme de 43 ans avec métastases cutanées. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 juin).

Blennorragie. — Hammer. De la culture du gonocoque. (*Deut. med. Woch.*, 19 déc.) — Fischer. De la gonorrée chez l'enfant. (*Ibid.*) — Hochmann. Abcès gonococcique sous-cutané du coude. (*Ibid.*) — Chadwick. Le gonocoque. (*Boston med. journ.*, 3 oct.) — Finger, Ghon et Schlagenhaufer. Biologie du gonocoque et anatomie pathologique des processus blennorragiques, endocardite, arthrite, prostatite. (*Arch. f. Derm.*, XXXIII, 1 et 2.) —Stenschneider et Schaffer. Biologie des gonocoques. (*Berl. klin. Woch.*, 11 nov.) — Colombini. Recherches bactériologique et expérimentale sur un cas de blennorragie initiale avec lésions articulaires et cutanées. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXI, 11.) — Kopytkowski. Sur la fréquence des gonocoques chez des filles publiques déclarées comme saines. (*Kronika Lekarska*, mars.) — Jeanselme. Des troubles trophiques dans la blennorragie. (*Presse méd.*, 28 déc.) — Thayer et Blumer. Endocardite ulcéreuse blennorragique, septicémie d'origine blennorragique. (*Arch. de méd. exp.*, VII, 6.) —

Zawadski et Bregmann. Endocardite d'origine blennorragique. (*Kronika lek.*, 1 sept.) — Dauber et Borst. — Endocardite maligne, consécutive à la gonorrée. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LV, p. 231.) — Gouget. Phlébite blennorragique. (*Presse méd*, 7 déc.) — Dunn. De l'iritis blennorragique. (*Brit. med. j.*, 14 déc.) — Bar. Du rhumatisme blennorragique et de la puerpéralité. (*Presse méd.*, 28 nov.) — Emery. Attaques de rhumatisme blennorragique. (*Soc. franc. de derm.*, 12 déc.) — Fié. Complication rare du curetage de l'utérus, rhumatisme blennorragique. (*Thèse de Paris.*) — Fehling. De la blennorragie au point de vue de la grossesse et de la puerpéralité. (*Münch. med. Woch.*, 3 déc.)— Koblanki. Blennorragie vaginale et oculaire, hémorragie du vagin chez un nouveau-né. (*Berl. klin. Woch.*, p. 885. janv.) — Madlener. De la métrite blennorragique. (*Cent. f. Gyn.*, 14 déc.) — Klein. La gonorrhée de la femme. (*Münch. med. Woch.*, 23 et 24.)—Kappeler. Castration pour salpingite suppurée blennorragique. (*Corresp.-Blatt. schweiz. Aerzte*, 15 juill.) — Fournier. Dactylite blennorragique. (*Soc. franç. de derm.*, 12 déc.) — Kelly. Pyélite blennorragique et pyouretérite guérie par l'irrigation. (*J. Hopkins hosp. Bull.*, fév.) — Sprecher. Des rétrécissements blennorragiques précoces du canal de l'urètre. (*Thèse de Paris.*) — Dind. Lésions de la prostate dans toute blennorragie. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XV, p. 285.) — Schlifka. Traitement de la blennorragie. (*Wiener. med. Woch.*, 21 déc.) — Orloff. Traitement de la blennorragie par la formaldéhyde. (*Vratch*, p. 714.) — Sicherer. Traitement de la blennorrée des nouveau-nés par l'oxycyanure de mercure. (*Münch. med. Woch.*, 3 déc.) — L. Le Clerc. Traitement de l'urétro-cystite aiguë par l'argentamine. (*La Policl. Bruxelles*, 1er nov.) — Ehrmann. Thérapeutique des abcès péri-urétraux et de la prostatite blennorragique. (*Wiener med. Presse*, 1er déc.) — Charalambieff. Traitement de la cystite blennorragique aiguë de l'homme. (*Thèse de Paris.*)— Pryor. Traitement palliatif des affections tubo-ovariennes gonococciques. (*Med. Record*, 14 déc.)—Traitement des blennorragies urétrales chez la femme, par les lavages au permanganate. (*J. of cut. dis.*, oct.)—Woods. Traitement des ulcérations de la cornée dans l'ophtalmie blennorragique. (*Med. Record*, 7 déc., p. 815.) — Valentine. Quand un blennorragique peut-il être autorisé à se marier. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 1 oct.)

Bouche. — P. Ritter. Nécessité de mieux apprécier l'hygiène des dents et de la bouche. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 juin.) — Vallet. De la stomatite impétigineuse et de ses accidents laryngés. (*Thèse de Bordeaux.*) — Jamieson. Quelques affections superficielles de lèvres. (*Brit. med. j.*, 7 déc.) Guitard. Des polypes de la cavité buccale. (*Thèse de Bordeaux.*)— Cassaet et Chartres. Epitheliome pavimenteux lobulé de la lèvre, rapide généralisation. (*Journ. méd. Bordeaux*, 17 fév.)

Branchie. — Prenant. Les dérivés branchiaux chez l'orvet. (*Arch. de phys.*, VIII, 1.) — D. Giordano. Contribution à l'étude des fistules latéro-branchiales. (*Riforma med.*, 22 et 21 mai, p. 530 et 544.)

Bronche. — Sousloff. Anatomie des artères bronchiques chez l'homme. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Auld. Observation de bronchite chronique. (*Lancet*, 28 déc.) — Silvestrini. Bonchite aiguë diffuse par diplobacille de Friedlander. (*Lo Sperimentale*, sez. clinica, p. 361.)—Dehio. Sténose bronchique et bronchopneumonie. (*St.-Pétersb., med. Woch.*, 30 sept.) — Seifert. De la bronchosténose. (*Münch. med. Woch.*. 31, p. 719.) — Suss. Adénopathie trachéo-bronchique suppurée, vomique, guérison. (*France méd.*, 20 déc.) — Archavski. — Broncho-pneumonie intense ayant précédé

la dothienentérie et combattue par les injections hypodermiques d'éther et de caféine. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, 10 déc.) — WRIGHT et MALLORY. Un nouveau bacille capsulé de la broncho-pneumonie. (*Zeit. f. Hyg.*, XX, p. 220.)

Brûlure.—DORION. Sur un cas de nécrose après brûlure. (*Thèse de Paris.*) — FORGUE. Traitement des brûlures. (*N. Montpellier méd.*, n° 35, 31 août.) — FENWICK. Traitement des brûlures graves. (*Brit. med. j.*, 7 déc.)

C

Cadavre. — PROBST. Sur la sépulture des morts. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 14 déc.) — SUITER. Sur la sépulture et l'embaumement des morts. (*Ibid.*, 14 déc.) — WAHNCAU. Rigidité cadavérique cataleptiforme. (*Viertelj f. gerichtl. Med.*, oct.)

Cancer. — MARIE. Recherches sur la question du cancer. (*Thèse de Paris.*) — JENNY. Etude du carcinome. (*Arch. f. klin. Chir.* LI, 2.) — CURTIS. Sur un nouveau parasite humain, mégalococcus myxoïde, trouvé dans un néoplasme de la région inguino-crurale. (*Soc. de biol.*, 9 nov.) — Remarques par FABRE DOMERGUE. (*Ibid.*) — KAHANE. Etude des blastomycètes dans le cancer et le sarcome. (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 20.) — GOULEY. Le pronostic des tumeurs malignes modifié par leur diagnostic précoce et leur ablation rapide (*N.-York med. j.*, 21 déc.) — DAVIES. Le cancer est-il curable par les opérations chirurgicales? (*Liverpool med. Inst.*, 14 nov.) — SALVATI et L. DE GAETANO. Sur le sérum anticancéreux. (*Riforma med.*, 19 août.) — KEFERSTEIN. Sérothérapie dans un cas de cancer de l'estomac. (*Allg. med. Cent. Zeit.*, 12 oct.) — ISCH WALL. Du traitement des tumeurs malignes (*Rev. mal. cancér.*, I, 2.) — P. BERGER. Les nouvelles méthodes de traitement du cancer. (*France méd.*, 15 nov.) — SWAIN. Traitement des tumeurs malignes par les toxines de l'érysipèle et du bacillus prodigiosus. (*Brit. med. j.*, 7 déc.) — FRIEDRICH, LAUENSTEIN, KOCHER, KROENLEIN. Insuccès du traitement des tumeurs malignes inopérables par le poison streptococcique. (*Berlin. klin. Woch.*, 24 juin.) — DE GIALLOULY. — Traitement des tumeurs épithéliales par les injections sous-cutanées. (*Thèse de Paris.*) — F. HUE. Cancer et acide arsénieux. (*Normandie méd.*, 1er nov.) — ROUX. Précocité des opérations pour cancers. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XV, p. 288.)

Cartilage. — AUBRIE. Tumeur cartilagineuse de la région frontale. (*Bull. Soc. scient. de l'Ouest*, 2, p. 158.) — DEJARDIN. Euchondrome du tubercule de Chassaignac. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 déc.)

Cellule. — VAN DER STRICHT. Etude de la forme, de la structure et de la division du noyau. (*Arch. de biol.*, XIV, 2.) — Mme MONTI. Sur les granulations du protoplasma de quelques ciliés. (*Boll. scient.*, mars, et *Arch. ital. de biol.*, XXIV, 2.) — GILSON. Recherches chimiques sur la membrane cellulaire des champignons. (*La Cellule*, XI, 1). — La composition chimique de la membrane cellulaire végétale, réponse à Schultze. (*Ibid.*) — BOLLES

Lee. La regression du fuseau caryocynétique. Le corps problématique de Plasner et le ligament intercellulaire de Zimmermann dans les spermatocytes des hélix. (*Ibid.*) — Huie. De quelques protéides cristalloïdes et de leurs relations probables avec la nutrition des tubes de pollen. (*Ibid.*, XI., 1.) — Mendelssohn. Du thermotropisme dans les organismes unicellulaires. (*Arch. f. ges. Phys.*, LX, 1 et 2.) — Duclaux. Sur la nutrition intra-cellulaire (*Ann. Inst. Pasteur*, IX, 11.) — F.-L. Fechner. Sur le sort des cellules migratrices sorties des vaisseaux. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Goldscheider et Müller. De la phagocytose. (*Fortschr. der Med.*, XIII, p. 351.) — Berkley. Sur les lésions produites sur les cellules nerveuses corticales par certains poisons ; 1° l'alcool. (*Brain*, 72.)

Cerveau. — Buehler. Structure protoplasmique des cellules cérébrales du lézard. (*Verh. phys. med. Ges. Würzburg*, XXIX, 6.) — Kaes. La substance cérébrale et le système des fibres de l'écorce chez l'homme. (*Wiener med. Woch* , 5 oct.) — De Sanctis. Recherches anatomiques sur le nucleus funiculi teretis. (*Riv. sper. di freniat.*, XXI, 5.) — Arborio. Recherches histologiques sur le manteau gris du cerveau des petits enfants. (*Ann. di neurol.*, XIII, 3.) — Van Gehuchten. Le bulbe olfactif de l'homme. (*Bibliog. anat.* juill.) — Bussière. La loi de Trolard. Recherches anatomiques et physiologiques sur les rapports des artères de l'encéphale avec les sinus qu'elles traversent. (*Thèse de Bordeaux.*) — Gauducheau et Bussière. Expérience tendant à réaliser une condition de la circulation cérébrale. (*Soc. de biol.* 23 nov.) — Bianchi. Formation des lobes frontaux. (*Brain*, 72.) — Fano. Localisation des fonctions d'arrêt dans l'écorce cérébrale. (*Corr.-Blatt. Schweiz Aerzte*, 1er oct.) — Gattel. Les voies motrices dans le pont de Varole. (*Verhand. phys. med. Ges. Würzburg*, XXIX, 4.) — Binet et Courtier. Sur l'influence que le travail intellectuel exerce sur la respiration, le pouls artériel et le pouls capillaire de la main. (*Soc. de biol.*, 7 déc.) — Ferrannini. Les localisations cérébrales du langage. (*Riforma med.*, 2 oct.) — Fano. La localisation corticale des pouvoirs inhibiteurs. (*Arch. ital. de biol.*, XXIV, 3.) — Libertini. Sur la localisation des pouvoirs inhibiteurs dans les hémisphères cérébraux. (*Ibid.*) — Oddi. Le cerveau et la moelle épinière comme centres d'inhibition. (*Ibid.*) — A. Thomas et J.-Ch. Roux. 1° Du défaut d'évocation spontanée des images auditives verbales chez les aphasiques moteurs ; 2° Essai sur la psychologie des associations verbales et sur la réduction de la parole dans l'aphasie motrice. (*Soc. de biol.*, 16 nov.) — Sgobbo. Sur la cataphorèse électrique cérébrale. (*Riv. clin. e terap.*, sept.) — Peterson. La phrénologie (*Americ. med. surg. Bull.*, 1er déc.) — Mann. Homoplasticité du cerveau des mammifères. (*Corresp.-Blatt. f. Schweiz. Aerzte*, 1er oct.) — Collins. De l'hérédité cérébrale et de l'ataxie spinale héréditaire; analyse d'un cas atypique d'hérédité cérébrale. (*Med. Record*, 21 déc.) — Hinshelwood. Cécité verbale et mémoire visuelle. (*Lancet*, 21 déc.) — Broadbent. Remarques sur le travail de Hinshelwood. (*Ibid.*, 4 janv. 1896.) — Mourad. De l'aphasie. (*Hosp. Tidende*, R. 4, III, p. 673.) — Troemner. Des troubles de la parole dans la sclérose multiple et la démence paralytique. (*Arch. f. Psych.*, XXVIII, 1.) — Roux. Des rapports de l'hémianopsie latérale droite et de la cécité verbale. (*Thèse de Lyon.*) — Herrnheiser. De l'examen ophtalmoscopique dans la poliencéphalite hémorragique supérieure. (*Wiener med. Presse*, 3 nov.) — Lydston. Relations des yeux et du cerveau. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 9 nov.) — Lydston. La valeur des modifications pupillaires dans le diagnostic des affections spinales et encéphaliques. (*Ibid.*, 21 déc.) — Féré. Remarques sur le traitement pédagogique de l'aphasie motrice. (*Soc. de biol.*, 16 nov.) — Kast. Symptomatologie des troubles de

mouvement transcorticaux chez les hémiplégiques. (*Berlin. klin. Woch.*, 7 janv.) — NAUNYN. Sur l'épilepsie sénile et le symptôme de Griesinger dû à la thrombose basilaire. (*Journ. de neurol. Bruxelles*, 20 déc.) — LŒWENFELD. Un cas de crampe corticale avec idées impulsives. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, VII, 5 et 6.) — PRINCE. Ataxie commençante et monoplégie par lésion en foyer de la capsule interne chez le même malade. (*Journ. of nerv. dis.*, nov.) — TRIGLIA. Diagnostic de l'apoplexie cérébrale. (*Sperimentale, sez. clin.*, 1er déc.) — R. PARMENTIER. Note sur deux cas d'hémorragie cérébrale avec symptômes spéciaux. (*Union méd.*, 14 déc.) — THÉRÈSE. Thrombose des artères du bulbe. (*Ibid.*, 21 déc.) — FRANKE. Paralysie cérébrale infantile d'origine syphilitique (*Deut. med. Woch.*, 26 déc.) — KAISER. De la poliencéphalite aiguë. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, VII, 5 et 6.) — BERDEZ. De la sclérose tubéreuse du cerveau. (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, XVII, p. 648.) — KAHLDEN. De la porencéphalie. (*Ibid.*, XVIII, p. 231.) — BUTLIN. Des lésions obscures du cerveau et leur traitement. (*Méd. mod.*, 13 nov.) — DINKLER. Lésion traumatique mortelle du cerveau ; à l'autopsie, poliencéphalite hémorragique inférieure aiguë. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, VII, 5 et 6.) — RICKETTS. Rupture du ventricule latéral gauche. (*Medicine*, juill.) — RENDU. Contusion cérébrale à symptômes insolites, simulant une névrose traumatique. (*Soc. méd. hôp.*, 24 mai.) — FERRÉ et FAGUET. Abcès du cerveau à streptothrix. (*Cong. Ass. franç. Bordeaux.*) — ZELLER. Cas d'abcès cérébraux (1 consécutif à une suppuration du genou). (*Berlin. klin. Woch.*, 21 oct.) — DE QUERVAIN. De l'hydrocéphalie traumatique. (*Arch. f. klin. Chir.*, LI, 3.)— D'ASTROS. Formes pathogéniques et traitement chirurgical de l'hydrocéphalie. (*Cong. Ass. franç. Bordeaux.*) — CHIPAULT. Le traitement chirurgical des tumeurs de l'encéphale, 3 obs. (*Gaz. des hôp.*, 14 déc.) — KROENLEIN. Chirurgie opératoire des tumeurs du cerveau. (*Beit. z. kl. Chir.*, XV, 1.) — STIEGLITZ. Trois cas de tumeur du cerveau, opération, deux morts. (*Journ. of nerv. dis.*, déc.) — STIEGLITZ. Tumeur kystique du cerveau. (*Ibid.*, déc.) — LANGDON. Tumeurs multiples du cerveau : fibrome kystique du pont de Varole et du cervelet; fibropsammome multiple de la dure-mère, de l'arachnoïde et de l'écorce cérébrale. (*Brain*, 72.) — RANSOM. Tumeurs du corps calleux. (*Ibid.*) — BESOLD. 2 cas de tumeurs du cerveau chez deux frère et sœur. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, VIII, 1 et 2.) — DENARIÉ. Cancer du cerveau avec ataxie du membre supérieur droit. (*Loire méd.*, 15 nov.) — LORRAIN. Endothéliome de l'arachnoïde. (*Soc. anat. Paris*, 22 nov.) — GALAVIELLE. Un cas de sarcome volumineux du cerveau ayant débuté dans la substance blanche de la région frontale gauche. (*N. Montpellier méd.*, (suppl.), juill. et sept.)

Cervelet. — THOMAS. Sur un cas d'extirpation partielle du cervelet sur le chat, dégénérescences secondaires. (*Soc. de biol.*, 21 déc.) — Risien RUSSELL. Développement défectueux du cervelet chez un jeune chien. (*Brain*, 72.) — REDLICH. Atrophie du cervelet datant de l'enfance. (*Wien. med. Woch.*, 4 mai.) — ERNST. Une malformation du cervelet chez l'adulte et son importance pour les néoplasmes. (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, XVII, p. 547.) — LÖWENFELD. Un cas de tubercule cérébelleux avec symptômes concomitants de nature fonctionnelle. (*Münch. med. Woch.*, 43, p. 1031.) — COLLINS. Ataxie cérébelleuse héréditaire atypique. (*J. of nerv. dis.*, déc.)

Césarienne (Op.). — HOFFMANN. Opération césarienne au moment de la mort, enfant vivant. (*Cent. f. Gyn.*, 14 déc.) — ADENOT. 2 observations d'opération césarienne, enfants vivants, mères guéries. (*Lyon méd.*, 3 nov.) — ROGER. Opération césarienne, guérison, enfant vivant. (*Bull. soc. sc. de l'Ouest*, IV, 4.) — DROSSBACH. Opération césarienne pour bassin ostéomala-

cique. (*Münch. med. Woch.*, 23.) — RAPIN. Multipare à bassin rétréci, ayant subi l'hystéropexie. Opération césarienne heureuse pour la mère et l'enfant. (*Rev. méd. Suisse romande*, XV, p. 213.)

Champignon. — RÉNON. Atténuation de la virulence des spores de l'aspergillus fumigatus dans les très vieilles cultures. (*Soc. de biol.*, 7 déc.)

Chancre. — FEIBES. Traitement du chancre mou. (*Dermat. Zeit.*, II, 5.) — HALLOPEAU et MACREZ. Traitement du phagédénisme du chancre simple par la solution forte de tartrate ferrico-potassique. (*Soc. franç. de derm.*, 14 nov.)

Charbon. — TCHERNOGOROFF. Le charbon du porc. (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 23.) — MARCHOUX. Sérum anti-charbonneux. (*Ann. Inst. Pasteur*, IX, 11.) — SCLAVO. Préparation du sérum anticharbonneux. (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 24.) — VITRAC. Pustule maligne. (*Journ. méd. Bordeaux*, 17 nov.) — SCHÜTTE. De l'anthrax intestinal chez l'homme (*Thèse de Gœttingue.*) — JAWORSKI et NENCKI. Infection charbonneuse, simulant cliniquement une maladie de Werlhof. (*Münch. med. Woch.*, 30, p. 692.)

Chimie. — MOSSELMAN et HEBRANT. Eléments de chimie physiologique. (In-8°, *Bruxelles*, 1896.)

Chirurgie. — KEEN. Remarques sur la chirurgie européenne. (*Med. News*, 23 nov.) — STOKER. Des soins à donner après l'opération. (*Brit. med. j.*, 7 déc.)

Chlorose. — TALMA (S.). Pathologie du cône artériel dans la chlorose. (*Berlin. klin. Woch.*, 4 nov.) — V. NOORDEN. Pathologie et traitement de la chlorose. (*Ibid.*, 4 mars.) — STOCKMAN. Les causes et le traitement de la chlorose. (*Brit. med. j.*, 14 déc.) — KLEIN. Nature et traitement de la chlorose. (*Wiener med. Presse*, 17 nov.)

Choléra. — KORBER. Le choléra à Dorpat en automne 1893. (*Zeitschr. f. Hyg.*, XIX.) — SOBERNHEIM. De la valeur spécifique de l'immunité cholérique. (*Ibid.*, XX, 3.) — DONITZ. Etat des vibrions cholériques dans les œufs de poule. (*Ibid.*, XX.) — Von DUNGERN. La virulence des bacilles cholériques est-elle indépendante de leur toxicité ? (*Ibid.*, XX.) — ISSAEFF et KOLLE. Expériences avec le vibrion cholérique sur des lapins. (*Ibid.*, XVIII.) — CANDIDO et LENTI. Le bacille du choléra dans l'eau de mer peptonisée. (*Ann. d'ıg. sper.*, V, 1.) — ROSENTHAL. Les modifications dans la doctrine du bacille virgule de Koch en ces dix dernières années. (*Wiener med. Presse*, 20 oct.) — FERMI. Des rapports de la flore intestinale avec l'immunité contre le choléra. (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 23.) — MOSCHEVSKY. De la virulence du vibrion cholérique dans les cultures mixtes. (*Arch. de biol., St-Pétersbourg*, IV, 2.) — WERNICKE. Persistance de vitalité des vibrions cholériques dans l'eau. (*Hyg. Rundsch.*, 15 août.) — WOLTER (Friedrich). Causes et effets du choléra hambourgeois. (*Hambourg.*) — VOGES. Les ravages du choléra en 1893-1894, revue. (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 20). — WESBROOK. Le développement des bacilles du choléra à la lumière solaire. (*Journ. of path. and bact.*, III, 4.) — MILIA. Traitement du choléra. (*Indian med. chir. Rev.*, juill.) — CROMBIE. Inoculation anticholérique. (*Indian med. Gaz.*, 9, p. 354.) — HAFFKINE. De la vaccination contre le choléra. (*Brit. med. j.*, 21 déc.)

Chorée. — CHÉRON. Pathogénie et traitement de la chorée de Sydenham. (*Gaz.*

des hôp., 26 déc.) — Massalongo. Ballisme chronique, dansomanie ; pathologie de la chorée. (*Policlinico*, II, 9.) — Hubrecht. L'antipyrine dans la chorée de Sydenham. (*Thèse de Paris.*)

Choroide. — Carpenter. Quelques cas de modifications très étendues de la choroïde. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 2 nov.) — Randall. L'importance des modifications de la choroïde. (*Ibid.*, 16 nov.) — Parker. Un cas de sarcome de la choroïde. (*Boston med. Journ.*, 14 nov.) — Mitvalsky. Des tumeurs choroïdiennes. (*Arch. of opht.*, XXIV, 4.)

Cicatrice. — Berck. Incision sous-épidermique de la peau pour éviter les cicatrices dans les opérations sur la face et le cou. (*Cent. f. Chir.*, 21 sept.)

Circulation. — Fuchs. Physiologie de la circulation chez les céphalopodes. (*Arch. f. ges. Phys.*, LX, 3 et 4.) — Binet et Courtier. Influence de l'attitude et de la compression sur la forme du pouls capillaire et du pouls artériel. (*Soc. de biol.*, 14 déc.). — Willem. Sur l'origine du dicrotisme et des ondulations du plateau systolique de la pulsation artérielle. (*Arch. de biol.*, XIV, 2.) — D. Gerhardt. Cause rare du pouls bigéminé. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXIX, 3.) — Hüsler. De la régularité du système du pouls chez l'homme sain et malade. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LIV, p. 229.)

Climat. — Lange. L'Egypte comme station d'hiver. (*Deut. med. Woch.*, 19 déc.) — Thompson. Le climat de l'Egypte. (*Practitioner*, déc.) — Burot. Ile de la Réunion cemme sanatorium. (*Arch. de méd. nav.*, nov.)

Cœur. — Hofmann. Fonctions des nerfs de la cloison du cœur chez la grenouille. (*Arch. f. ges. Phys.*, LX, 3 et 4.) — Dogiel. Anatomie, physiologie et pharmacologie comparées du cœur. (*Kazan.*) — His. Physiologie du cœur. (*Corresp.-Blatt. schweiz. Aerzte*, 15 oct.) — Hüerthle. De l'enregistrement mécanique des bruits du cœur. (*Arch. f. ges. Phys.*, LX, 5 et 6.) — Müller. Percussion de la pointe du cœur. (*Berlin. klin. Woch.*, 2 et 9 sept.) — Kaiser. Cause de la rythmicité des mouvements cardiaques de la grenouille. (*Ibid.*, 15 oct.) — Einthoven. De la forme de l'électro-cardiogramme. (*Arch. f. ges. Phys.*, LX, 3 et 4.) — S.-A. Chapiro. Sur la technique de la percussion du cœur. (*Vratch*, 7 déc.) — Gumprecht. Percussion du cœur dans l'attitude inclinée en avant. (*Berlin. klin. Woch.*, 861, 30 sept.) — H. Ziegler. Affection cardiaque rare. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er sept.) — Nalin. Pourquoi des lésions semblables du cœur donnent-elles lieu à des troubles secondaires dissemblables de la circulation? (*Arch. ital. di clin med.*, XXXIV, 3 et 4.) — Ribbert. 2 cas de cœur avec deux valvules aortiques. (*Corresp.-Blatt. f. Schweiz. Aerzte*, 1er fév.) — Apert. Absence congénitale de l'orifice aortique. Atrophie du cœur gauche et de l'aorte, système artériel entièrement fourni par l'artère pulmonaire. (*Soc. anat. Paris*, 22 nov.) — Buday. Etat de réplétion du cœur pendant la vie et après la mort. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVIII, 3.) — Springer. La croissance et les cardiopathies (*Semaine méd.*, 16 nov.) — Bachus. Des affections cardiaques chez les masturbateurs. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LIV, p. 201.) — Babcock. Considérations sur le cœur sénile. (*Med. Record*, 9 nov.) — Wertheimer. Un cas de bradycardie. (*Blat. f. kl. hydroth.*, V, 10.) — Free. L'endocardite dans la pratique rurale. (*Med. Record*, 9 nov.) — Hollis. La durée de la vie dans les cas d'endocardite infectieuse. (*Journ. of path. and bact.*, III, 4.) — Ewald. Endocardite ulcéreuse verruqueuse. (*Berlin. klin. Woch.*, 15 juill.). — Dessy. Etiologie de l'endocardite. (*Sperimentale, sez. biol.*, p. 370, 1894.) — Fisher. Hypertrophie

du cœur sans lésion organique importante. (*Guy's hosp. Rep.*, LI, p. 99.) — GABBI. Sur les bruits anémiques du cœur. (*Lo Sperimentale, sez. clin.*, p. 542.) — LANDGRAF. De la signification des dédoublements cardiaques. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 1er mars.) — EDWARDS. Souffles cardiaques, diagnostic différentiel et interprétation. (*Med. News*, 16 nov.) — SAHLI. Des souffles cardiaques diastoliques accidentels. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 15 janv.) — JACCOUD. Les difficultés de l'auscultation du cœur et l'interprétation des souffles systoliques de l'artère pulmonaire. (*Journ. des Praticiens*, 23 nov.) — HEITLER. La localisation du bruit mitral systolique. (*Wiener med. Woch.*, 14 déc.) — S. KORNFELD. Mécanisme de l'insuffisance aortique. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXIX, 1 et 2.) — VICKERY. Un cas d'insuffisance aortique. (*Boston med. Journ.*, 5 déc.) — SPIRIG. Bruit de souffle dans un cas d'insuffisance aortique, perçu dans l'oreille. (*Corr.-Blatt. f. Schw. Aerzte*, 15 avril.) — GRENET. Insuffisance et rétrécissement de l'orifice aortique, mort subite ; infiltration calcaire de l'orifice aortique. (*Soc. anat. Paris*, 8 nov.) — APERT. Rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire par endocardite fœtale, perforation de la cloison inter-ventriculaire, inocclusion du trou de Botal, absence du canal artériel. (*Ibid.*, 22 nov.) — BARTH. Coexistence de rétrécissement mitral et de rétrécissement aortique resté quinze ans latent chez un homme de 30 ans. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 juin.) — KRONECKER. De la paralysie du cœur. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 15 oct.) — MORISON. Les causes de la bradycardie (*Lancet*, 23 nov.) — BOWLAN. Bradycardie due à la constipation. (*Ibid.*, 14 déc.) — J. HOBBS. Retour subit à sa position normale d'un cœur fixé par des adhérences pleuro-péricardiques anciennes. (*Journ. méd. Bordeaux*, 15 déc.) — HUCHARD. Troubles cardiaques par déformation thoracique non rachitique, et pseudo-hypertrophie cardiaque de croissance. (*Soc. méd. des hôp.*, 13 déc.) — HUCHARD. Mort rapide par obstruction de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, dans un cas de rétrécissement mitral compliqué d'endocardite végétante. (*Ibid.*, 13 déc.) — RAYMOND. Dissociation segmentaire dans un cas de cœur forcé. (*Ibid.*, 6 déc.) — STOÏCESCO et BABES. Myocardite aiguë greffée sur une myocardite localisée tuberculeuse. (*Progrès méd.*, 7 déc.) — SCHAMSCHIN. Pathologie du myocarde. (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, XVIII, p. 47.) — HAÜSLER et HAFFLER. 2 cas de tachycardie. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 15 nov. 1894.) — GARANGER. Sur le rôle du médecin dans le traitement des cardiopathies compensées. (*Thèse de Paris.*) — ZANGGER. Les diurétiques chez les cardiaques ayant des troubles de compensation. (*Corr.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 oct.) — VICKERY. Les stimulants cardiaques. (*Boston med. Journ.*, 17 oct.) — BALFOUR. De la digitale et de ses dérivés dans le traitement des maladies du cœur. (*Brit. med. j.*, 14 déc.) — LE GENDRE. De l'utilité du sac de glace précordial contre les troubles cardiaques des maladies infectieuses aiguës. (*Journ. de méd. Paris*, 15 déc.) — GRIFFON. 2 cas d'anévrisme du cœur avec oblitération évidente de l'artère coronaire. (*Soc. anat. Paris*, 26 juill.) — RODET et NICOLAS. Sur les blessures du cœur, étude expérimentale. (*Lyon méd.*, 1er déc.) — RODET et NICOLAS. Sur quelques troubles du rythme cardiaque, déterminés par les blessures du cœur. (*Arch. de phys.*, VIII, 1.) — RODET. Quelques observations sur les systoles avortées. (*Ibid.*) — M.-V. CHIPEROVITCH. Pathogénie et clinique des ruptures spontanées du cœur. (*Gaz. méd. de Botkine.*) — KOENIG. Rupture du cœur par myocardite gommeuse. (*Berlin. klin. Woch.*, 4 nov.) — PARISOT. Sur un cas de plaie pénétrante du cœur. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 déc.)

Conjonctive. — THÉODOREFF. Des glandes muqueuses (de Manz) dans la conjonctive normale de l'homme. (*Centralb. f. Augenheilk.*, sept.) — BRANDT.

Des bactéries des paupières et du sac conjonctival. (*Verhand. phys. med. Ges. Würzburg*, XXIX, 5.) — Lenoble. De la conjonctivite printanière. (*Thèse de Paris.*) — Ahlstrom. Recherches sur la conjonctive atropinique. (*Klin. Mon. f. Augenh.*, déc.) — Jessop. 2 cas de conjonctivite membraneuse avec bacille de Lœffler, traitement par l'antitoxine. (*Trans. opht. Soc.* XV, p. 55.) — Jessop. Hémorragie grave de la conjonctivite palpébrale. (*Ibid.*, p. 64.) — Gunn. Pemphigus de la conjonctive. (*Ibid.*, p. 68.) — Hartridge. Ostéome de la conjonctive. (*Ibid.*, p. 51.) — Eyre. Le bacille de la xérose. (*London path. Soc.*, 17 déc.) — Neznamoff. L'iode dans le trachome. (*Vratch*, 23 nov.) — Alfieri. Travaux récents sur la nature du chalazion. (*Arch. di Ottalm.*, III, 3.) — Robertson. Filaria loa sous la conjonctive. (*Trans. opht. Soc.*, XV, p. 137 et 162.) — Rogman. Des kystes séreux simples de la conjonctive. (*Arch. d'opht.*, août.) — Steiner. Un cas d'adénome pigmenté de la conjonctive. (*Centralb. f. Augenh.*, oct.) — Bossalino et Hallauer. Un cas d'angiome sous-conjonctival. (*Graefe's Arch.*, XLI, 3.) — Marzin. Du sarcome mélanique de la conjonctive et des paupières. (*Thèse de Bordeaux.*)

Coqueluche. — Neurath. 3 cas d'hémiplégie suite de coqueluche. (*Club méd Vienne*, 13 nov.) — A. Festal. Traitement climatérique de la coqueluche. (*Journ. méd. Bordeaux*, 10 nov.) — Labbé et Oudin. De l'ozone dans la coqueluche. ((*Bull. Soc. franç. d'élect.*, juin.) — Fiertz. Traitement de la coqueluche par le bromoforme. (*Thèse Zurich*, 1894.) — Rose. Insufflation de CO^2 dans le rectum contre la coqueluche. (*N.-York med. j.*, 30 nov. et 28 déc.)

Cornée. — Lautenbach. Des conditions locales et générales qui modifient les courbures de la cornée. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 23 nov.) — Kruelkmann. De la sensibilité de la cornée. (*Arch. f. Opht.*, XLI, 4.) — Collins. Décoloration de la cornée par le pigment du sang. (*Trans. opht. Soc.*, XV, p. 69). — Griffith. 3 cas de coloration sanguine de la cornée. (*Ibid.*, p. 86.) — Hartridge. Kératite tuberculeuse. (*Ibid.*, p. 87.) — Donaldson. Sarcome alvéolaire de la cornée. (*Ibid.* p. 90.) — Fischer. Ulcérations bulleuses des deux cornées. (*Ibid.*, p. 92.) — Uhthoff. Bactériologie de la kératite suppurée. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 nov.) — Bossalino. Anatomie pathologique de la cornée, kératite vésiculeuse avec néoformation de vaisseaux. (*Klin. Mon. f. Augenh.*, déc.) — Chevallereau. De la kératite hérédo-syphilitique tardive. (*Journ. mal. cut.*, 8.) — Daly. Du ptérygion. (*Thèse de Berlin.*) — Vialet. Des injections sous-conjonctivales des sels de mercure dans le traitement des kératites à hypopyon. (*Thèse de Bordeaux.*) — Gorse. Des leucomes adhérents, leurs conséquences, leur traitement. (*Thèse de Lyon.*) — Critchett. Evolution chirurgicale de la cornée conique. (*Practitioner*, nov.) — J. Hirsch. Du kératocone. (*Prager med. Woch.*, 36.) — Bietti. A propos d'un procédé de traitement du staphylome irio-cornéen total. (*Ann. di ottalm.*, XXIV, p. 486.) — Brose. Tumeur dermoïde de la cornée. (*Arch. of opht.*, XXIV, 4.)

Corps étrangers. — Ed. Aronshon. Corps étrangers des voies aériennes. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 nov.) — Wade. Noyau dans la bronche droite, mort. (*Lancet*, 14 déc.) — Mitchell. Mort par pénétration dans le larynx de matières vomies. (*Brit. med. j.*, 28 déc.) — Winands. Obstruction de la bronche droite par un corps étranger. (*Münch. med. Woch.*, 24 déc.) — Vandeweghe. Un cas rare d'épi de blé avalé et retrouvé au fond d'une fistule située au niveau du thorax. (*Belg. méd.*, 36.) — Hassler. Opération de Létiévant Estlaender, extraction d'une épingle et de deux drains perdus

depuis dix mois dans la plèvre. (*Gaz. des hôp.*, 24 déc.) — RICHARDSON Larves vivantes dans le conduit auditif. (*Arch. of otol.*, XXIV, 3 et 4.) — TOPOLANSKY. Corps étrangers de la chambre antérieure de l'œil. (*Wiener med. Woch.*, 2 nov,) — HECKEL. Extraction d'un morceau d'acier de l'iris, ayant déjà produit de l'irritation plastique, guérison complète. (*Arch. of opht.*, XXIV, 4.) — MC KENZIE. Résultats de l'extraction des corps étrangers de l'œil avec l'aimant. (*London opht. hosp. Rep.*, XIV, 1.) — ARMAIGNAC. Corps étranger volumineux de l'œil passé inaperçu pendant trois mois et sorti spontanément. (*Journ. méd. Bordeaux*, 17 nov.) — DESCHAMPS. Deux cas de corps étrangers de l'œil. (*Dauphiné méd.*, déc.) — REVERDIN (J.-L.) Corps étranger avalé (sifflet) et rendu par l'anus au bout de trente heures par un enfant de 7 ans. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XV, p. 225.) — VALLAS. Abcès sous-péritonéal sous-hépatique déterminé par une épingle à cheveux introduite autrefois par la vessie. (*Lyon méd.*, 17 nov.) — PERRIOL. Corps étranger du rectum. (*Dauphiné méd.*, déc.) — LEFLAIVE et BARBULÉE. Anneau de laiton demeuré douze ans inclus dans la verge. (*Bull. méd.*, 1 déc.) — BONNET. Corps étrangers multiples de l'urètre. (*Province méd.*, 16 nov.) — MONTAZ. Corps étranger de la vessie. (*Dauphiné méd.*, déc.)

Crâne. — DEBIERRE. La signification morphologique de l'os anormal du crâne appelé os interpariétal épactal. (*Arch. des sc. méd.*, I, 1.) — DEBIERRE. Développement du segment occipital du crâne. (*Journ. de l'Anat.*, sept.) — BIANCHI. Sur la division de l'os planum de l'ethmoïde dans le crâne de l'homme et des anthropoïdes et sur la non-existence de l'os lacrymal postérieur chez quelques mammifères. (*Atti Accad. di Fisiocrit.*, VII.) — OTTOLENGHI, PICOZZO et BIANCHI. Sur la suture ethmoïdo-lacrymale chez les dégénérés. (*Ibid.*) — GONNER. La configuration du crâne. (*Corr.-Bl. schw. Aerzte*, 1er juill.) — MILES. Valeur diagnostique des écoulements par l'oreille dans les plaies de la tête. (*Edinb. med. j.*, nov.) — CHIPAULT et BRAQUEHAYE. Etudes graphiques sur les fractures indirectes de la base du crâne. (*Arch. de méd.*, déc.) — DEWANDRE. Fracture du crâne; luxation dorsale du rachis. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 déc.) — R. PETIT. Fracture du crâne par enfoncement. (*Soc. anat. Paris*, 15 nov.) — VON BARDELEBEN. Plaies du crâne : 1° fracture esquilleuse du frontal par arme à feu; énucléation de l'œil; 2° tentative de suicide par un foret enfoncé à la main ; 3° amaurose par balle de revolver. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 juin.) — BEATTY. Un cas de trépanation pour fracture du crâne; guérison. (*Med. Record*, 5 oct.) — PAULIN. Le trépan dans la chirurgie journalière, traumatismes craniens récents. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 déc.) — V.-Z. MUEHLEN. Traitement des fractures compliquées du crâne. (*St-Petersb. med. Woch.*, 9.) — LAMBOTTE. Emploi de l'aluminium pour réparer les pertes de substance du crâne. (*Ann. Soc. belge de chir.*, 15 fév.) — DOYEN. Nouvelle méthode de craniectomie. (*Bull. méd.*, 23 oct.) — SHAW et DEUDY. Craniectomie pour un cas de microcéphalie. (*Lancet*, 7 déc.) — BARBOUR. De l'état actuel de la craniectomie linéaire. (*Americ. med. Bull.*, 1er oct.)

Criminel. — MORAGLIA. Nouvelles recherches sur les criminels, les névropathes et les prostituées. (*Arch. di psychiat.*, XVI, 4 et 5.) — PENTA. Anomalies réversives des mains et des pieds chez les criminels et leur signification. (*Ibid.*) — RODRIGUEZ. Nègres criminels au Brésil. (*Ibid.*) — BONANNO. La classification des criminels et les crimes passionnels. (*Ibid.*) — SIGHELA. Crimes de sectaires. (*Ibid.*) — OTTOLENGHI. Suture ethmoïdo-lacrymale des criminels. (*Ibid.*) — ROSSI. Etude sur une seconde centaine de criminels. (*Ibid.*, XV, 6.) — DE SILVESTRI. Observation d'anthropologie criminelle chez les enfants. (*Ibid.*, XVI.) — MONDIO. 9 cerveaux de criminels, étude

des circonvolutions cérébrales. (*Arch. ital. de biol.*, XXIV, 3.) — Harrington. La législation relative aux déments criminels, dans le Massachusetts. (*Boston med. journ.*, 14 nov.)

Cristallin. — Sachsalber. Glandes de la capsule postérieure du cristallin. (*Beit. z. Augenh.*, 18.) — Davis. L'accommodation dans l'œil sans cristallin ; à quoi est-elle due ? (*Manhattan eye and ear hosp. Rep.*, janv.) — Tiffany. Luxation du cristallin. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 9 nov.) — Elschnig. Un cas de lenticone postérieur. (*Klin. Mon. f. Augenh.*, juill.) — Liebrecht. Blessure isolée de la capsule cristallinienne. (*Beit. z. Augenh.*, 18.) — Gunn. Subluxation du cristallin, cataracte zonulaire secondaire et coloboma. (*Trans. opht. Soc.*, XV, p. 121.) — Lang. Lenticone postérieur. (*Ibid.*)— Gunn. Luxation spontanée des deux cristallins. (*Ibid.*) — Collins. Cataracte lamellaire et rachitisme. (*Ibid.*, XV, p. 104.) — Watson et Collins. Cataracte traumatique avec corps étranger du cristallin. (*Ibid.*, p. 115.) — Lang. Cristaux de cholestérine dans le cristallin. (*Ibid.*, p. 117.) — Gunn. Cataracte coralliforme ; variété de cataracte lamellaire (*Ibid.*, p. 119.) — Johnson. Cataracte lamellaire avec sillons symétriques. (*Ibid.*, p. 120.) — Coggin. Notes cliniques sur la cataracte. (*Boston med. Journ.*, 26 déc.) — Baker. Etiologie de la cataracte. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 19 oct.) — Weeks. Traitement opératoire des cataractes dures et de quelques formes de cataractes zonulaires. (*Ibid.*, 19 oct.) — Sulzer. Documents servant à l'histoire de l'extraction de la cataracte, essai historique. (*Ann. d'ocul.*, nov.) — Ellis. Progrès rapide de l'opacité dans la cataracte sénile. (*Boston med. Journ.*, 5 déc.) — Van Fleet. Opération de cataracte suivie d'iridocyclite guérie par de hautes doses de quinine. (*Manhattan eye and ear hosp. Rep.*, janv.) — Lewis. Glaucome secondaire à une opération de cataracte et kératonyxis. (*Ibid.*, janv.) — Webster. Remarques sur 118 opérations de cataracte. (*Ibid.*, janv.) — Antonelli. La correction optique chez les opérés de cataracte. (*Ann. di ottalm.*, XXIV, p. 467.) — Fromaget et Cabannes. De l'hémorragie intra-oculaire consécutive à l'extraction de la cataracte. (*Journ. méd. Bordeaux*, 31 nov.) — Rinaldi. — Maturation de la cataracte par le massage direct de la cristalloïde. (*Ann. di ottalm.*, XXIV, p. 479.) — Marshall. Résultats immédiats et éloignés de l'opération de la cataracte. (*London opht. hosp. Rep.*, XIV, 1.) — Vacher. Le pansement témoin et le pansement simple dans l'opération de la cataracte. (*Soc. d'opht. Paris*, 5 nov.)

Cysticerques. — Alcalaï. Cysticerques de l'œil, du cerveau et de la moelle. (*Thèse de Berlin.*) — Bergh. Sur un cas de cysticercus cellulosœ observé en Norvège. (*Norks. Magazin*, juin.) — Darier. Un cas de ladrerie. (*Soc. franc. de derm.*, 14 nov.) — Lecomte. Cysticerques de l'orbite. (*Thèse de Bordeaux.*)

D

Démographie. — Chachereau. De la mortalité dans diverses rues de Nantes. (*Gaz. méd. Nantes*, 12 déc.) — Turquan. Durée de la génération humaine. (*Rev. scient.*, 14 déc.) — Domergue. Statistique de la mortalité

à Marseille pendant l'année 1894 et pendant la période décennale de 1885 à 1894. (*Marseille méd.*, 15 déc.) — Ville d'Anvers. Statistique démographique, annuaire de 1894. (In-8°, *Anvers.*)

Dent. — Leche. La question de la dentition. (*Anat. Anzeiger*, XI, 9.) — Preiswerk. Structure de l'émail et phylogénie. (*Ibid.*, XI, 14.) — Lepkowski. Emploi de la formaline dans les maladies des dents. (*Przeglad lekarski*, 20.) — Port. Mort par septicémie à la suite de l'extraction d'une dent. (*Münch. med. Woch.*, 37, p. 863.) — Nuyts. De l'arthrite alvéolo-dentaire, en particulier de l'arthrite consécutive à la carie. (*Thèse de Paris.*) — Grosse. Des kystes dentaires. (*Arch. f. klin. Chir.*, LI, 2.)

Désinfection. — Helme. La désinfection et les désinfecteurs. (*Presse méd.*, 27 nov.) — Gatteschi. Nouvel appareil pour la désinfection des habitations. (*Lo Sperimentale, sez. clinica*, p. 384.) — Lalesque et Rivière. Recherches de bactériologie expérimentale sur la désinfection des locaux habités par des tuberculeux. (*Cong. Assoc. franç. Bordeaux.*) — Von Esmarch. Désinfection par le soleil. (*Zeit. f. Hyg.*, XVI.) — L. Reuss. La catastrophe de Bouzey; mesure d'assainissement et de désinfection. (*Ann. d'hyg.*, juin.) — G. Gebhart. Même sujet (*Ibid.*) — Foley. De la désinfection des appartements. Sur la valeur comparative de quelques agents sublimé, aldéhyde formique. (*Thèse de Lyon.*) — Œhmichen. Valeur du tricrésol et de la formaline comme désinfectants. (*Hyg. Rundsch.*, V., 1003.) — Lepkowski. La formaline comme désinfectant. (*Przeglad lekarski*, 23.) — Breslauer. Action bactéricide des ongents, de l'influence des excipients au point de vue de l'effet désinfectant. (*Zeit. f. Hyg.*, XX, p. 165.)

Diabète. — Lépine. Sur la distribution géographique du diabète sucré. (*Rev. de méd.*, déc.) — Kaufmann. De l'influence exercée par la suppression partielle ou totale de la fonction hépatique sur la glycémie chez les animaux normaux et diabétiques. (*Arch. de phys.*, VIII, 1.) — Lantz. La glycosurie alimentaire chez les femmes gravides. (*Wiener med. Presse*, 8 déc.) — Lindemann et May. La valeur de la rhamnose de l'organisme humain normal et diabétique. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LV, p. 283.) — Letti. Un cas de diabète sucré intermittent. (*Gaz. d. osp.*, 103.) — V. Colla et L. Fornaco. Sur un cas d'urine filante chez un diabétique. (*Ritorma med.*, 16 sept.) — Jacoby. Epilepsie diabétique. (*N. York. med. j.*, 9 nov.) — Ebstein. Névrose traumatique et diabète dans leurs rapports avec la loi sur les assurances sur la vie. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LIV, p. 305.) — Steinhaus et Szpanbok. Cas de glycosurie combinée avec une hémianopsie temporale. (*Kronika lek.*, juin.) — Chauve. Diabète insipide. Ulcérations gangréneuses du fourreau de la verge. (*Loire méd.*, 15 déc.) — Marie. Etude clinique de quelques cas de diabète sucré, arthritique, conjugal, pancréatique, nerveux. De l'intervention chirurgicale chez les diabétiques. (*Semaine méd.*, 14 déc.) — Mayer. Traitement du diabète. (*Prag. med. Woch.*, 8 sept.) — White. Thérapeutique du diabète. (*Americ. med. surg. Bull.*, 1er déc.) — Ringer. Préparation du lait pour les diabétiques. (*Brit. med. j.*, 7 déc.) — Grube. Quelques observations sur l'importance de la chaux dans le diabète sucré. (*Münch. med. Woch.*, 21, p. 487.) — Viaud-Grand-Marais. Un cas de diabète traité par le bromure de strontium. (*Gaz. méd. Nantes*, 12 déc.) — De Cérenville. Effets de l'ingestion de substance pancréatique dans le diabète. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XV, 12.)

Digestion. — Klug. Recherches sur la digestion de la pepsine. (*Arch. f. ges. Phys.*, LX, 1 et 2.) — Starling. Effets de la ligature des lymphatiques

porte sur les résultats des injections intra-veineuses de peptone (*Journ. of phys.*, XIX, 1 et 2.)

Diphtérie. — HAGENBACH-BURCKHARDT. Enquête sur la diphtérie en Suisse. (*Corresp.-Blatt. f. schw. Aerzte*, 1er déc.) — DEUCHER. Diagnostic de la diphtérie. (*Ibid.*) — BERNHARD. Pronostic et diagnostic de la diphtérie. (*Arch. f. Kind.*, XIX, 1.) — ROCHÉ. Examen clinique et bactériologique de 137 cas de diphtérie de l'adulte traité à Lariboisière. (*Thèse de Paris.*) — CHAMBRIN. De la diphtérie à l'Hôtel-Dieu de Rennes depuis le 13 avril 1895. (*Bull. Soc. sc. de l'Ouest*, IV, 4.)—GOTTSTEIN. Etudes épidémiologiques sur la diphtérie et la scarlatine. (*Berlin*, 114 p.) — PLAUT. Valeur des différentes méthodes employées pour le diagnostic bactériologique de la diphtérie. (*Deut. med. Woch.*, 18.) — FÉRIÉ. De quelques résultats fournis par la pratique régulière du diagnostic bactériologique de la diphtérie. (*Cong. Assoc. franc. Bordeaux.*) — KORAL. Sur la mortalité dans la diphtérie (*Kronika lek.*, janv.) — PECK. Transmission de la diphtérie par des sujets sains. (*Lancet*, 14 déc.) — STONE. Cas isolé de diphtérie dû à des conduites de drainage mauvaises, traitement par le sérum. (*Brit. med. j.*, 21 déc.) — THIBAUDET. Deux cas de diphtérie par contagion indirecte. (*Journ. sc. méd. Lille*, 16 nov.) — LE GENDRE et POCHON. Cas remarquable de persistance du bacille diphtérique dans le mucus nasal avec variation de sa virulence. (*Soc. méd. des hôpit.*, 13 déc.) — PODACK. Des rapports entre le croup morbilleux et les maladies de l'oreille moyenne consécutive à la diphtérie, avec le bacille de Klebs Lœffler. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LV, p. 34.) — BARBACCI. Sur les altérations histologiques de la rate, des ganglions lymphatiques et du foie dans la diphtérie. (*Sperimentale*, XLIX, *sez. biol.*, 4.)— PETERS. Les variétés de bacilles diphtériques. (*London path. Soc.*, 17 déc.) CNOPF. Action de la toxine diphtérique sur les tissus organiques. (*Münch. med. Woch.*, 24 déc.) — V. DE MEIS et C. PARASCANDOLO. Seconde série de recherches sur l'immunisation des chiens contre les toxines diphtériques et sur le pouvoir curateur du sérum sanguin de ces animaux. (*Riforma med.*, 5 et 6 sept.) — MOLLARD et REGAUD. Lésions expérimentales du cœur par la toxine diphtérique. (*Soc. de biol.*, 21 déc.) —WASSERMANN. Concentration de l'antitoxine diphtérique dans le lait des animaux immunisés. (*Zeit. f. Hyg.*, XVIII.) — PAPKOW (L. G.). Sur les altérations du muscle cardiaque dans la diphtérie. (*Vratch*, 19 oct.) — VARIOT. Observation au laryngoscope d'un croup à la période prémembraneuse. (*Journ. de clin. inf.*, 12 déc.) — VARIOT. La laryngite diphtéritique légère ou croup fruste. (*Ibid.*, 3 déc.) — VARIOT. Le pouls paradoxal dans le croup. (*Ibid.*, 28 nov.) VARIOT. Spasme intermittent et spasme continu de la glotte consécutif au tubage dans le croup. (*Ibid.*, 21 nov.) — ANSIAUX. Pseudo-diphtérie à streptocoques; broncho-pneumonie; mort. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, nº 1, p. 82,). — DENIG. Paralysie double de l'abducteur à la suite de diphtérie. (*Münch. med. Woch.*, 35, p. 820.) — FLESCH. Diphtérie cutanée. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 octob.) — SAHLI. Paralysie postdiphtéritique généralisée. (*Corr.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 oct.) — SCHWARZ. Prophylaxie et traitement de la diphtérie. (*Americ. med. Bull.*, 1 nov.) — S. A. BARSKI. Traitement de la diphtérie par le chlorhydrate de pilocarpine. (*Vratch*, 9 nov.) — WALDSTEIN. Remarques sur la leucocytose dans la diphtérie; traitement par la pilocarpine de la diphtérie, de l'angine streptococcique, etc. (*Berl. klin. Woch.*, 29 avril.) — OLRIK. Gargarisme de phénosalyl 1 0/0 dans la diphtérie. (*Hosp. Tidende*, nº 4, p. 797). — ROSENTHAL. Perchlorure de fer contre la diphtérie. (*Ther. Monats.*, nov.) — HENRY. Croup, intubation prolongée. (*Bull. méd. Nord*, 22 nov.) — FUNCK. Manuel de sérothérapie antidiphtérique. (*Paris.*) — IDRAC. De la préparation du

sérum antidiphtérique. (*Thèse de Lyon.*) — COBBETT. Etude de la sérothérapie de la diphtérie. (*Journ. of path. and bact.*, III, 4.) — NICOLAS. Pouvoir bactéricide du sérum antidiphtérique (*Soc. de biol.*, 30 nov. et *Thèse de Lyon.*) — RANKE. De la sérothérapie, de l'action du sérum de Behring sur la diphtérie septique. (*Jahrb. f. Kind.*, XLI, 2.) — FISCHER. Plaidoyer pour l'usage plus répandu de l'antitoxine diphtérique, une année d'expérience. (*N. York med. j.*, 30 nov.) — SCHÜRMAYER (Bruno). La diphtérie, sa nature, sa cause et son traitement par le sérum en particulier. (*Leipzig.*)—BIGGS. Le sérum comme prophylactique de la diphtérie. (*Med. news*, 30 nov.) — H. MONOD. La mortalité diphtérique depuis le sérum. (*Bull. Acad. méd.*, 17 déc.) — GOTTSTEIN. Sérothérapie, statistique. (*Ther. Monats.*, nov.) — HEUBNER. Etudes cliniques sur le traitement de ladiphtérie par le sérum de Behring. (*Leipzig.*) — MÜLLER. Sérothérapie de la diphtérie. (*Berl. klin. Woch.*, p. 807, 16 sept.) — BAGINSKY. Sérothérapie de la diphtérie à l'hôpital des enfants de Berlin. (*Ibid.*, p. 813, 16 sept.) — HEUBNER, SOLTMANN. Résultats de la sérothérapie dans la diphtérie. (*Ibid.*, p. 860, 30 sept.) — NOURNEY. Mode d'action du sérum de Behring et de la tuberculine à faibles doses. (*Ibid.*, p. 386, 7 oct.) — Statistique officielle sur les résultats de la sérothérapie diphtérique en Prusse en 1894. (*Ibid.*, 28 oct.) — ENGEL-BEY. Résultats de la sérothérapie de la diphtérie au Caire. (*Ibid.*, 16 sept.) — GIARRÉ et MATUCCI. — Relevé de cas de diphtérie traités par le sérum de Behring. (*Pediatria*, 5.) — SEITZ. Les résultats actuels du sérum de Behring dans la pratique privée de Munich. (*Münch. med. Woch.*, 29, p. 665.) — EISENSTAEDT. Le sérum antidiphtérique dans la pratique à la campagne. (*Ibid.*, 29, p. 667.) — PÜRCKHAUER. Du traitement de la diphtérie avec le sérum de Behring. (*Ibid.*, 48.) — WILLE (W.) Résultats de la sérothérapie diphtéritique dans le canton de Thurgovie. (*Corr.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 sept.) — J. ALBRECHT. Même sujet. (*Ibid.*, p. 583.) — RINDFLEISCH. Résultats du traitement par le sérum de Behring. (*Arch. f. klin. Chir.*, LI, 4.) —J. BACZKIEWICZ. Sur l'application du sérum antidiphtérique. (*Kronika lek.*, mai.) — W. J. DREIER. Résultats du traitement de la diphtérie par le sérum à l'hôpital St-Wladimir à Moscou, dans le premier semestre 1895. (*Vratch*, 9 nov.) — OSTROGORSKI. Essai de sérothérapie antidiphtérique dans le corps des cadets d'Alexandre. (*Ibid.*, 28 déc.) — WHITE. Observations cliniques dans la sérumthérapie de la diphtérie. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 5 oct.) — FISCHER. Expériences cliniques avec l'antitoxine, dans le traitement de la diphtérie dans la pratique privée et hospitalière. (*Ibid.*, 5 oct.)— MONTELUCCI. Sérothérapie diphtérique chez un vieillard de 84 ans. (*Boll. mal. dell'orecchio*, XIV, 1.) — ANSALONI. Angine diphtérique grave guérie par le sérum. (*Clin. française*, 25 déc.) — ALFOLDI. Inoculation préventive du sérum diphtérique, mort. (*Pester med. chir. Presse*, 10.)—SAÏMATI. Deux cas de diphtérie type du pharynx guéris par le sérum. (*Morgagni*, déc.) — HOLMES. Diphtérie traitée par le sérum. (*Lancet*, 7 déc.) — KORAL. Cas de polyarthrite aiguë après injection de sérum antidiphtérique. (*Kron. lek.*, 1er janv.)— VARIOT. Réflexions sur la pathogénie et le diagnosdes érythèmes consécutifs aux injections de sérum antidiphtérique. (*Journ. de clin. infantile*, 7 nov.) — DE SPEYER. Deux cas de diphtérie conjonctivale traités par le sérum. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XV, p. 11.) — HAMILTON et EMRYS-JONES. Conjonctivite diphtéritique traitée par l'antitoxine. (*Brit. med. j.*, 7 déc.) — GUTTMAN. Conjonctivite diphtérique avec complication, traitée par l'antitoxine. (*Arch. of opht.*, XXIV, 4.)

E

Eau. — Kurth. Appréciation hygiénique des eaux de puits dans la ville de Brême. (*Zeit. f. Hyg.*, XIX, 1.) — Neiser. Désinfection par la vapeur et stérilisation des sources et des puits. (*Ibid.*, XX, p. 301.) — Bassenge. Stérilisation de l'eau par le chlorure de chaux. (*Ibid.*, XX, p. 227.) — Lubbert. La précipitation spontanée du fer dans les eaux de la nappe souterraine, moyen de priver de fer l'eau des puits. (*Ibid.*, XX, p. 397.) — Giacosa. Recherches sur les eaux et sur les neiges des hautes régions. (*Giorn. Accad. di med. Torino*, nov.) — A. Lode. Stérilisation de l'eau par addition de chlorure de calcium (procédé de Traube). (*Hyg. Rundsch.*, V, 793.) — Allain. Procédé rapide et simple de stérilisation à froid de eaux de rivière destinées à la boisson. (*Bull. Soc. sc. ind. Marseille*, 2e trim.) — Wasbutzki. Présence de bactéries du groupe typhus dans les échantillons d'eau. (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 17.) — Bremer. Importance sanitaire de l'analyse des gaz de l'eau potable. (*Chemik. Zeit.*, XIX.) — Kabrhel. Etude expérimentale de la filtration de l'eau par le sable. (*Arch. f. Hyg.*, XXII.) — A. Dupré. Examens chimique et bactériologique de l'eau avec remarques sur l'épidémie de fièvre typhoïde à Worthing en 1893. (*The Analyst*, XX.) — Krebs. Etats de la nappe aquifère souterraine et de la santé publique dans les grandes villes. (*Hyg. Rundsch.*, V, 970.) — Amthor et Zink. Analyses de l'eau du Rhin. (*Ibid.*, V, 1076.) — Amthor et Zink. Eaux potables de Strasbourg. (*Ibid.*, V, 1076.)—Buehring. La protection des eaux potables. (*Ibid.*, 15 sept.) — Rubner. Pollution des cours d'eau par les substances minérales. (*Ibid.*, 15 oct.) — Wyett Johnston. Bactériologie des eaux potables de Montréal. (*Ibid.*, V, 796.) — F. Andreas Meyer. La distribution d'eau filtrée de Hambourg. (*Ibid.*, V, 14, p. 649.) — Kurth. Appréciation hygiénique de l'eau des puits du territoire de Brême. (*Zeit. f. Hyg.*, XIX.) — A. Vaillant. Potabilisation des eaux fluviales. (*Rev. d'hyg.*, août.) — E. Vallin. Le service des eaux à Paris en 1895. (*Ibid.*, oct.) — Roechling. Technique des installations pour l'arrivée et le départ des eaux dans les habitations. (*Brunswick.*) — H. Beckurht. Infection des eaux de l'Oker et de l'Aller par les eaux d'une fabrique de chlorure de chaux. (*Arch. f. Pharm.*, CCXXXII.) — J. B. Piot. L'eau d'alimentation au Caire et à Alexandrie. (*Ann. d'hyg. publ.*, juin.) — Lalesque. Valeur hygiénique de l'eau potable à Arcachon. (*Cong. Ass. franç. Bordeaux.*) — Pouchet. Epuration des eaux d'égout par le procédé Howatson. (*Ann. d'hyg.*, déc.) — Niederstadt. Traitement des eaux d'égout à Hambourg. (*Hyg. Rundsch.*, V, p. 964.) — P. Gerhard. Règlement de la ville de Brooklyn sur l'entraînement des eaux ménagères. (*Ibid.*, V, 1141.) — Roscoe et Lunt. Le procédé Hermite pour l'épuration des eaux d'égout. (*J. of Soc. of chem. Industr.*, XIV.) — Ludwig et Hulssner. L'épuration des eaux d'égout. (*Stuttgard.*)

Eaux minérales. — Karlinski. Microorganismes des eaux thermales. (*Hyg. Rundsch.*, 1er août.) — Czaplewski. Expériences sur un appareil pour eaux minérales artificielles. (*Ibid.*, 15 sept.) — Troost et Ouvrard. Sur l'origine de l'argon et de l'hélium dans les gaz dégagés par les eaux sulfureuses;

observation de Bouchard. (*Acad. des sc.*, 2 déc.) — THIROUX. Traitement par les boues thermales des troubles chroniques de la circulation veineuse des membres inférieurs. (*Cong. Ass. franç. Bordeaux.*) — DESPREZ. Les maladies du cœur et des vaisseaux, à Brides-les-Bains. (Broch., 16 p., *Moutiers*, 1896.)—ARTHUS. De l'action des eaux de Saint-Nectaire sur le chimisme stomacal. (*Arch. gén. d'hydrol.*) — BERNARD. Action physiologique et thérapeutique des eaux d'Hammam-Meskoutine. (*Ibid.*) — ELEVY. Recherches sur les phénomènes électriques des bains en général et en particulier des bains d'eau chlorurée de Briscous. (*Ibid.*) — LAVIELLE. De la sciatique et de son traitement thermal.) (*Ibid.*)—LAVIELLE. La goutte et les bains de boue. (*Ibid.*) — SAVILL. L'action thérapeutique des eaux salines laxatives. (*Lancet*, 28 nov.)

Éclampsie. — MANTON. L'éclampsie puerpérale dans ses rapports avec l'aliénation. (*Americ. j. of obst.*, déc.) — LUDWIG et SAVAR. Remarques sur le travail de Massin. (*Cent. f. Gynack.*, 16 nov.) — JAWORSKI. Un cas d'éclampsie puerpérale chez une épileptique avec hyperthermie. (*Kronika lek.*, 1er déc.) — SCHWAB. Hémorragies du foie et du cerveau chez une éclamptique. (*Soc. anat. Paris*, 6 déc.) — MULLER. Traitement de l'éclampsie des femmes enceintes. (*Corresp.- Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 oct.) — BARROWS. Eclampsie puerpérale traitée par les incisions de Duehrssen et le veratrum viride. (*N. York med. j.*, p. 662, 23 nov.) — ZWEIFEL. Traitement de l'éclampsie, 129 cas. (*Cent. f. Gynaek.*, 16 nov.)

Eczéma. — WICKHAM. Obs. pour servir à l'histoire des névrodermites et de l'eczéma séborréique. (*Soc. franç. de dermat.*, 12 déc.) — BARTHELEMY. A propos d'un cas d'eczéma séborréique psoriasiforme. (*Ibid.*) — DU CASTEL. Maladie de Paget. (*Ibid.*, 14 nov.) — MÉNEAU. Un cas de maladie de Paget. (*Journ. méd. Bordeaux*, 22 déc.) — S. EHRMANN. Etiologie et traitement de l'eczéma de la bouche et des lèvres. (*Wiener med. Blätter*, 36.) — BOWEN. Théories modernes et traitement de l'eczéma. (*Boston med. Journ.*, 10 oct.)

Électricité. — JACOBY et SCHWYZER. Action chimique du courant galvanique sur les tissus vivants. (*Arch. f. ges. Phys.*, LX, 5 et 6.) — J. BERGONIÉ et G. SIGALAS. Action physiologique des courants de haute tension et de grande fréquence. (*Journ. méd. Bordeaux*, 29 déc.) — J. Burdon SANDERSON. Mesure de la différence de potentiel par les dimensions des courbes photographiques de l'électromètre capillaire. — W. EINTHOVEN. Réponse à J. Burdon Sanderson. (*Cent. f. Physiol.*, IX, p. 369 et 377.) — HUET. Considérations sur l'exploration électro-diagnostique de l'excitabilité galvanique des nerfs et des muscles ; de l'influence de la résistance sur l'apparition et l'étendue des contractures ; du rôle de la polarisation dans la production des contractions d'ouverture (*Arch. d'élect. méd.*, 15 déc.) — MARCHAND. Du pronostic de la réaction de dégénérescence en électro-diagnostic. (*Thèse de Bordeaux.*) — SPANBACK. Influence des courants galvaniques sur l'excitabilité cérébrale. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, VIII, 1 et 2.) — WEDENSKY. Action différente sur les muscles de l'excitation électrique des nerfs moteurs durant l'intensité du courant. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 963, 30 sept.) — FISCHEL. Remarques sur le travail de Bandler ; action des courants électriques sur les poisons du cœur. (*Arch. f. exp. Path.*, XXXVI, 5 et 6.) — KRATTER. La mort par l'électricité (In-8°, *Leipsig.*) — CRITZMANN. Idem. (*Ann. d'hyg.*, déc.) — GARDÉ. Effets physiologiques de l'électricité ; mort apparente, rappel à la vie. (*Thèse de Paris.*) — BERDER. Les nouveaux appareils électro-médicaux de l'hôpital cantonal

de Lausanne. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XV, 5.) — Morrell. Méthode pratique pour mesurer et enregistrer la dose thérapeutique des courants induits. (*Med. Record*, 21 déc.) — Rockwell. Relations des formes dynamiques et statiques de l'électricité. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 7 déc.) — Royet. Sur l'utilisation des courants continus des compagnies d'éclairage électrique pour les usages médicaux (*Lyon méd.*, 24 nov.) — Plicque. L'électrothérapie dans les affections du cerveau. (*Journ. des Praticiens*, 5 oct.) — Labatut. Transport des ions dans les tissus organisés. (*Lyon méd.*, 17 nov., et *Arch. d'élect. méd.*, nov.) — Mounier. De l'électrisation dans certaines affections auriculaires (*Ibid.*) — Dickson. Indications pour l'électrolyse des angiomes et des goitres. (*Ibid.*) — Lavaux. Urétrome électrolytique modifié du Dr Jardin. (*Ibid.*) — Destot. De la résistance électrique dans les névrites ascendantes. (*Lyon méd.*, 3 nov.) — Starkey. L'électricité dans le traitement de la névralgie oculaire. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 7 déc.) — Szuman. Résultat du traitement électrique dans une contracture traumatique ancienne de l'avant-bras droit. (*Wiener med. Presse*, 13 oct.) — Lacaille. De la nécessité d'appliquer hâtivement le lavement électrique dans les cas d'occlusion intestinale. (*Journ. méd. Paris*, 29 déc.) — Fort. Electrolyseur pour le traitement chirurgical des rétrécissements. (*N. York med. j.*, 16 nov.)

Éléphantiasis. — Uthemann. Eléphantiasis génital opéré. (*Deut. med. Woch.*, 5 déc.) — Moncorvo. Sur 3 nouveaux cas d'éléphantiasis congénital. (*Ann. de dermat.*, VI, 11.)

Embryologie. — Corning. Le premier vestige de l'allantoïde chez les reptiles. (*Morphol. Jahrb.*, XXIII, 3.) — Dareste. Influence de l'électricité sur l'évolution de l'embryon de poule. (*Acad. des sc.*, 16 déc.) — Nagel. Développement des canaux de Müller chez l'homme. (*Arch. f. mik. Anat.*, XLVI, 2.) Haecker. De l'indépendance des éléments nucléaires paternels et maternels pendant le développement embryonnaire du cyclops. (*Ibid.*, XLVI, 4.) — Féré. Le poids de l'œuf de poule envisagé au point de vue de la tératogénie expérimentale. (*Soc. de biol.*, 21 déc.) — Mitoukuri. Etude expérimentale des œufs méroblastiques de vertébrés. (*Anat. Anz.*, XI, 13.) — Zoja. Indépendance de la chromatine paternelle et maternelle et du noyau dans les ulcères embryonnaires. (*Ibid.*, XI, 10.) — Herlitzka. Du pouvoir évolutif des deux premiers blastomères de l'œuf de triton cristatus. (*Arch. ital. de biol.*, XXIV, 3.) — Chiarugi. Sur un organe nerveux qui va de la région du chiasma à l'ectoderme dans des embryons de mammifères. (*Monit. zool. ital.*, VI, 7.)

Empoisonnement. — Comby. Empoisonnement chez les enfants. (*Méd. mod.*, 18 déc.) — Sticker. Empoisonnement médicamenteux par le rectum ou par le vagin. (*Münch. med. Woch.*, 28, p. 644.) — Lewin. Les premiers secours à donner dans le cas d'empoisonnement. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 juin.) — Bardet. Traitement de l'empoisonnement. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 nov. et 15 déc.) — Mattison. Le traitement des habitués narcotiques. (*J. Amer. med. Ass.*, 28 déc.) — Walker. Remarques sur le morphinisme. (*Med. Record*, 16 nov.) — Reech et Rouby. Morphinomanie, guérison par l'internement et la cessation brusque des piqûres. (*Bull. méd. Algérie*, 10 nov.) — Sharp. Empoisonnement par l'opium traité par la caféine. (*Therap. Gaz.*, 15 nov.) — P. Robecchi. Sur l'immunité contre les poisons végétaux, étudiée avec la strychnine. (*Giorn. Accad. di med. Torino*, nov.) — Werhovski. De l'empoisonnement par l'abrine. (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, XVIII, p. 115.) — De Montmollin. Empoisonne-

ment par l'if. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XV, 12.) — MEYER. De l'empoisonnement par les pommes de terre, teneur de la pomme en solanine et développement de la solanine pendant la germination. (*Arch. f. exp. Path.*, XXXVI, 5 et 6.) — SCHMIEDEBERG. Valeur toxicologique de la solanine dans la pomme de terre. (*Ibid.*) — HASUN. Trois cas d'empoisonnement par le stramonium, guérison. (*Indian med. Record*, 16 nov.) — OTT. Empoisonnement par l'atropine, un grain, guérison. (*Med. News*, 7 déc.) — BINZ. Un cas d'empoisonnement médicamenteux par l'atropine. (*Berl. klin. Woch.*, 18 nov.) — KRŒNIG. Empoisonnement mortel par la phénacétine. (*Ibid.*) — PFEIFFER. Empoisonnement par l'essence de girofle. (*Soc. bas. rhénane Bonn*, 19 nov.) — FINKELNBURG. Empoisonnement par la cocaïne en prises par le nez. (*Ibid.*) — MURRI. De l'intoxication par la quinine. (*Arch. ital. de biol.*, XXIV, 3, p. 480.) — BROUSSOLLE. Intoxication par les champignons, action prolongée du poison, début tardif des accidents graves 8 jours après l'ingestion du poison. (*Bourgogne méd.*, déc.)—TIRELLI. De quelques propriétés des substances toxiques produites par les microorganismes du maïs altéré. (*Arch. di psychiat.*, XVI, 4 et 5.) —Léon COLLIN. Sur l'épidémie de tétanie alimentaire ou d ergotisme observée à la prison de Nanterre. (*Cons. salub. Seine*, I, 7, p. 98.) — GRIGORJEFF. De l'intoxication chronique par le seigle ergoté chez les animaux. (*Zeigler's Beiträge f. path. Anat.*, XVIII, p. 1.) — FRISCO. Action des poisons putrides sur l'organisme animal. (*Ann. d'igiene sper.*, V, 4.) — MASETTI. Les altérations de la moelle dans l'empoisonnement chronique par l'antipyrine. (*Riv. sper. di freniat.*, XXI, 4.)—DUFOUR. Troubles nerveux alarmants consécutifs à l'administration du chloralose. (*Marseille méd.*, 15 déc.) — GOLDMANN. De l'intoxication aiguë par le trional. (*Münch. med. Woch.*, 44.) — BERGER. De l'intoxication aiguë par le trional. (*Ibid.*, 40, p. 928.) — MATHIEU. Troubles trophiques dans l'intoxication aiguë par l'oxyde de carbone. (*Gaz. des hôp.*, 21 nov.) — A. STUHLEN. Affections et morts causées par l'acide phénique et les désinfectants qui s'en rapprochent. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, oct.) — KRŒNIG. Empoisonnement mortel par la phénacétine. (*Soc. méd. int. Berlin*, 4 nov.) — HIRSCH et EDEL. Empoisonnement par la phénylhydroxylamine. (*Berl. klin. Woch.*, 14 oct.) — Fr. LANZ. Traitement de l'empoisonnement par le phosphore, par le permanganate de potasse. (*Ibid.*, 878, 7 oct.) — BRUCK. Empoisonnement par les vapeurs de brome. (*Soc. méd. Berlin*, 6 nov.)—LUCAS. De l'empoisonnement par l'hydrogène arsénié. (*Thèse de Paris.*) — BOULLIER. Sur les intoxications par le sous-nitrate de bismuth à l'extérieur. (*Ibid.*) — MOSER. Empoisonnement par l'acide nitrique. (*Brooklyn med. j.*, IX, p. 755.) — FAGART et BOISLEUX. Empoisonnement par le sublimé traité par les injections de sérum naturel stérilisé à 120°, mort. (*Clin. franç.*, 25 déc.)

Enfant. — MAURRAS. Le côlon terminal et la fossette inter-sigmoïde chez l'enfant. (*Thèse de Bordeaux.*) — NEUMANN. De la sensation du goût chez les petits enfants. (*Jahrb. f. Kind.*, XLI, 2.) — SZEGÖ. Des maladies d'imitation chez l'enfant. (*Ibid.*, XLI, 2.)—H. GUTZMANN et H. KAFEMANN. Assistance des enfants atteints de bégaiement et de balbutiement. (*Berlin. klin. Woch.*, 8 juill.) — WORK. Sur quelques causes de la grande mortalité des enfants. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 12 oct.)—DOUARRE. De la mort apparente du nouveau-né. (*Thèse de Bordeaux.*)—LE MONIET. Un cas de mort subite chez un enfant de 12 ans. (*Bull. Soc. scientif. de l'Ouest*, 2, p. 174.)—FISCHL. Substances protectrices du sang des nouveau-nés. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 843, 23 sept.) — POTT. Sur l'étiologie des maladies du cœur dans la première enfance. (*Fortsch. der Med.*, XIII, 3, p. 893.) — DELABOST. Les souffles anorganiques du cœur chez les enfants. (*Rev. mal. de l'enf.*,

nov.) — Meslay. Thrombose spontanée des veines sous-clavière, axillaire et humérale droites chez une enfant atteinte de lésion cardiaque d'origine rhumatismale. (*Ibid.*, déc.) — V. Herzen. Aphémie congénitale chez un enfant. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XV, 11.) — Audéoud. Deux cas de tubercules cérébraux dans l'enfance. (*Ibid.*, XV, 296.) — Löhr. Enfant hydrocéphale avec intelligence normale. (*Berlin. klin. Woch.*, 750, 26 août.) — Juergens et Heubner. Méningite cérébro-spinale chez un enfant avec vaste épanchement purulent dans les ventricules perforés et destruction d'une grande partie des lobes frontaux, des corps striés, des couches optiques et des capsules internes. (*Ibid.*, 1er juill. 1895.) — Comby. Le méningisme chez les enfants. (*Soc. méd. des hôp.*, 20 déc.) — Thomas. Syringomyélie, type de Morvan, chez l'enfant. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XV, 11.) — Schultze. Hématomyélie et hémorragie de la moelle allongée avec fissure suite de dystocie. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, VIII, 1 et 2.) — Rauline. De l'influence des bains froids sur le cycle de la pneumonie franche chez les enfants. (*Thèse de Paris.*) — Wightman. Mortalité de l'empyème chez l'enfant. (*Lancet*, 30 nov.) — Marshall. Mortalité par empyème chez les enfants. (*Ibid.*, 21 déc.) — Carr. Dyspepsie chronique chez les enfants. (*Americ. j. of med. sc.*, déc.) — Baron. De l'ictère catarrhal chez les enfants. (*Thèse de Paris.*) — L. Baumel et Boiadjneff. Ictère bronzé hémaphéique du nouveau-né. Indicanurie. Guérison. (*N. Montpellier méd.*, 37, 14 sept.) — Engelman. Etiologie de la diarrhée infantile. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 12 oct.) — Wrafter. Diarrhée des enfants, son traitement. (*Indian lancet*, 1er nov.) — Fenwick. Emploi des antiseptiques dans la diarrhée infantile. (*Brit. med. j.*, 21 déc.) — O. Heubner. Etat de l'épithélium intestinal dans les affections intestinales des nourrissons, notamment dans le choléra infantile. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXIX, 1 et 2.) — Moncorvo. Traitement de la diarrhée dans l'enfance par le diacétyl et le tannin. (*Bull. méd.*, 30 nov.) — Morgan. Melœna des nouveau-nés. (*Brit. med. j.*, 23 nov.) — Anderson. La colite dans l'enfance et la jeunesse. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 12 oct.) — Fischl. De la septicémie gastro-intestinale. (*Berlin. klin. Woch.*, 8 juill.) — Claude. Néphrite interstitielle chez l'enfant. (*Soc. anat. Paris*, 26 juill.) — Fiedeljid. Anémie pernicieuse chez un enfant. (*Nederl. Weekbl.*, II, 15.) — Le Mercier. Fièvre typhoïde chez une enfant de 14 mois. (*Journ. clin. infant.*, 26 sept.) — Jules Simon. De la fièvre intermittente chez les enfants. (*Journ. des Praticiens*, 26 nov.) — Moncorvo. Des nouveaux moyens de traitement des fièvres paludéennes dans l'enfance. (*Gaz. hebd. Paris*, 23 nov.) — Wegeli. Le diabète sucré chez l'enfant. (*Arch. f. Kind.*, XIX, 1.) — Love. Le scorbut chez les enfants. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 12 oct.) — L. Hendrix. Deux nouvelles maladies infantiles : maladie de Barlow et maladie de Hirchsprung. (*La policl. Bruxelles*, 15 oct.) — Thilliez. De la dermatite herpétiforme de Duhring chez l'enfant. (*Thèse de Paris.*) — Rille. Le psoriasis dans l'enfance. (*Wiener med. Woch.*, 7 déc.) — Paul Garnier. Le suicide chez l'enfant. (*Journ. clin. inf.*, 14 nov.) — Meinert. Hygiène des maladies infectieuses de l'enfance. (*Berlin. klin. Woch.*, 859, 30 nov.) — Marfan. Considérations thérapeutiques sur les maladies de la première enfance. (*Rev. intern. de thérap.*, 15 nov.) — Comby. L'antipyrine en thérapeutique infantile. (*Méd. moderne*, 4 déc.) — Howe. Prophylaxie de la cécité des nouveau-nés ; rapport du comité. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 9 nov.) — Carini. Des tumeurs volumineuses du premier âge. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXX, 4.) — Erdmann. Sur quelques fractures et arrachements épiphysaires des extrémités supérieures chez les enfants. (*Med. Record*, 26 oct.) Power. Cas rare d'obstruction intestinale chez un enfant. (*Brit. med. j.*, 30 nov.) — Caron de la Carrière. Troubles nerveux et digestifs dus aux

hernies chez les enfants. (*Journ. des Praticiens*, 14 déc.) — TOURNIER. Traitement des hernies ombilicales chez les enfants. (*Ibid.*, 2 nov.) — BAR. Des anomalies des voies génito-urinaires du fœtus. (*L'indépendance méd.*, 27 nov.) — BICHON. Troubles de la miction chez l'enfant. (*Thèse de Paris.*) — MARTIN. Phimosis chez l'enfant. (*Med. News*, 14 déc.) — KNOEPFELMACHER. Etiologie de la rétention d'urine. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XLI, 2.) — PATTERSON. Traitement des calculs vésicaux chez les jeunes enfants. (*Ther. Gaz.*, 16 déc.) — BROTHERS. Rupture intra-utérine de la paroi abdominale antérieure chez un nouveau-né. (*N. York med. j.*, 7 déc.) — DANDOIS. Volumineux kyste dermoïde de l'ovaire chez une enfant de 7 ans. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 nov.)

Epilepsie. — MURATOW. Physiologie pathologique de l'épilepsie corticale. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, VIII, 1 et 2.) — MARINESCO et SÉRIEUX. Physiologie pathologique de l'épilepsie. (*Gaz. hebd. Paris*, 23 nov.) — BESSIÈRE. Etiologie de l'épilepsie. (*Thèse de Bordeaux.*) — BROWNING. Relation entre le sexe et le pronostic de l'épilepsie. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 14 déc.) — RONCORONI. Anomalies histologiques du cerveau des épileptiques et des criminels-nés. (*Cent. f. Nerv.*, nov.) — ROSKAM. Epilepsie et volonté. (In-8°, *Liège.*) — BORRI. Epilepsie, imbécillité et criminalité native. (*Arch. di psychiat.*, XVI, 4 et 5.) — NARDELLI. Epilepsie motrice dans l'enfance; épilepsie psychique dans l'âge adulte. (*Ibid.*, XVI.) — FÉRÉ. Sur un logospasme épileptique. (*Soc. de biol.*, 21 déc.) — DEYWARTE. De l'origine épileptique de l'automatisme ambulatoire. (*Progrès méd.*, 16 nov.) — E. SIEMERLING. Les troubles passagers de la conscience chez les épileptiques au point de vue médico-légal. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 oct.) — GEYSEN. De la mort inopinée ou rapide chez les épileptiques. (*Thèse de Lyon.*) — ROMME. Traitement de l'épilepsie. (*Presse méd.*, 14 déc.) — DREWRY. Traitement des épileptiques. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 2 nov.) — BANNISTER. Traitement moral de l'épilepsie. (*Ibid.*, 14 déc.) — FORT. Thérapeutique non pharmaceutique de l'épilepsie. (*Ibid.*, 28 déc.) — BARBER. Traitement de l'épilepsie par le solanum carolinense. (*Ibid.*, 14 déc.) — WILLIAMSON. Traitement supplémentaire de l'épilepsie. (*Ibid.*, 14 déc.) — MANLEY. Les limites du traitement opératoire dans le traitement de l'épilepsie. (*Ibid.*, 14 déc.) — FERGUSON. Sur le traitement de l'épilepsie. (*Ibid.*, 14 déc.) — FÉRÉ. La belladone dans le traitement de l'épilepsie. (*Journ. des conn. méd.*, 21 nov.) — POTTS. Le solanum carolinense contre l'épilepsie. (*Therap. Gaz.*, 16 déc.) — MARRO. La méthode de Flechsig dans le traitement de l'épilepsie. (*Giorn. Accad. di med. Torino*, nov.) — JOHNSON. Epilepsie? guérie par la ténotomie oculaire. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 21 déc.) — HALL. Craniotomie pour épilepsie. (*Americ. j. of med. sc.*, déc.) — DAVIS. Trois cas d'épilepsie, deux avec aliénation, traités par opération. (*Med. News*, 9 nov.)

Épithélium. — GARTEN. Les ponts intercellulaires des épithéliums et leur fonction. (*Arch. f. Phys.*, p. 401.)

Érysipèle. — ROGER. Etude clinique de l'érysipèle d'après 597 observations personnelles. (*Rev. de méd.*, nov.) — ALLEN. Etiologie et traitement local de l'érysipèle. (*Med. Record*, 23 nov.) — TRÉTROP. Un cas d'érysipèle guéri par injection de sérum antistreptococcique. (Broch., *Anvers.*)

Érythème. — THIBIERGE. L'érythème induré des jeunes filles. (*Semaine méd.*, 25 déc.) — POTAIN. L'érythème noueux. (*Journ. des Praticiens*, 30 nov.) — TOMMASOLI. Sur l'érythème exsudatif polymorphe de Hebra. (*Riforma

med., 23 sept.) — Schwarz. De l'érythème scarlatiniforme desquamatif. (*Wiener med. Blätter*, 29.) — Rosenthal. Erythème bulleux. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 752, 26 août.) — Osler. Complications viscérales de l'érythème exsudatif multiforme. (*Americ. j. of med. sc.*, déc.)

Estomac. — Schuele. Physiologie de l'estomac. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 déc.) Moritz. Fonctions de l'estomac. (*Münch. med. Woch.*, 3 déc.) — Wesener. L'acide chlorhydrique est-il sécrété par la muqueuse stomacale? (*Medicine*, nov.) — Strauss. Sur la détermination quantitative de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique humain. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LV, p. 87.) — Pilliet. Sur les différences d'activité sécrétoire que l'on rencontre dans la même muqueuse gastrique. (*Soc. de biol.*, 30 nov.) — Sjöqvist. Recherches physiologiques et chimiques sur l'acide chlorhydrique. (*Skand. Arch. f. Phys.*, VI, 4.) — Contejean. De la sécrétion pylorique chez le chien. (*Ibid.*, VI, 4.) — Seelig. De la recherche de l'acide lactique de fermentation dans le contenu stomacal. (*Berlin. klin. Woch.*, 24 juin.) — S. Talma. Examen de la sécrétion acide de l'estomac. (*Ibid.*, 9 nov.) — Strauss. Modification de la réaction d'Uffelmann pour la recherche de l'acide lactique dans le contenu de l'estomac. (*Ibid.*, p. 805, 16 sept.) — Wroblewski. Etude de la pepsine. (*Zeit. f. phys. Chemie*, XXI, p. 1) — Nencki. Présence d'acide sulfocyanique dans le suc gastrique. (*Berl. deut. chem. Ges.*, XXVIII, p. 1318.) — Hoppe-Seyler. Examen du contenu de l'estomac au point de vue des acides et de la production de gaz. (*Münch. med. Woch.*, 10 déc.) — Goldschmidt. De l'influence de l'électricité sur l'estomac humain sain et malade. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LV, p. 295.) — Schneyer. Influence de la température des aliments sur la digestion stomacale. La digestibilité du lait. (*Ann. de méd.*, 27 sept.) — Reed. L'importance de préserver l'estomac et l'intestin contre les germes pathogènes. (*Annals of hyg.*, août.) — Baruch. L'aspect clinique de la dyspepsie. (*Med. Record.* 5 oct.) — Free. Dyspepsie catarrhale. (*N.-York med. j.*, 7 déc.) — Mathieu et Treheux. Recherches sur les rapports de l'acidité gastrique et de l'acidité urinaire au cours de la digestion à l'état normal et chez les dyspeptiques. (*Arch. de méd.*, nov.) — Hayem. Classement des formes cliniques des affections stomacales. (*Presse méd.*. 30 nov.) — Boas. Du catarrhe chronique de l'estomac. (*Berl. klin. Woch.*, 18 nov.) — Liégeois. Des variétés de la gastralgie et de leur traitement. (*Journ. des Praticiens*, 23 nov.) — Blindermann. Des modifications du sang dans les maladies de l'estomac. (*Wiener med. Blätter*, 44.) — Rondot. Les hémorragies stomacales infectieuses d'origine angiocholitique. (*Arch. clin. Bordeaux*, déc.) — Carrion et Hallion. Dilatation de l'estomac consécutive à la section des nerfs vagues. (*Cong. Ass. franç. Bordeaux.*) — Geoffroy. Spasmes et contractures du tube digestif. (*Ibid.*) — Lion. Les signes objectifs des affections stomacales. (*Arch. de méd.*, nov.) — Petibon. De la gastrite scléreuse hypertrophique. (*Thèse de Paris.*) — Dufner. Névrose traumatique de l'estomac avec mérycisme. (*Ann. hyg. publ.*, août.) — Guérin. Ulcère de l'estomac ; complications pulmonaires et pleurales. (*Journ. méd. Bordeaux*, 10 nov.) — Luiji Zoja. Etude d'un cas d'ulcère gastrique avec gastro-succorrhée et hypochlorurie. (*Arch. ital. di clin. med.*, oct.) — Pasteau. Péritonite aiguë généralisée consécutive à un ulcère simple de l'estomac et prise pour une appendicite aiguë avec infection du péritoine. (*Soc. anat. Paris*, 29 nov.) — Schmidt. Atrophie de la muqueuse de l'estomac ; remarques sur la dégénérescence muqueuse des cellules glandulaires. (*Deut. med. Woch.*, 19.) — Wesener. Les sucs de l'estomac dans le cancer. (*Medicine*, déc.) — Kappeler. Cancer gastrique avec adénites cervicales suppurées chez un homme de 50 ans ; ablation du cancer. (*Corr.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 juill.) —

Miller. Cancer primitif de la tête du pancréas avec contraction en sablier pris pour un rétrécissement pylorique. (*Med. Record*, 31 août.) — Lubarch. Lésions médullaires dans le cancer gastrique. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 862, 30 sept.) — Blodgett. Epithéliome du cardia. (*Boston med. Journ.*, 17 oct.) — Sahli. Rétrécissement chronique de l'estomac. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 oct.) — Dupuy. Des sténoses pyloriques. (*Arch. de méd.*, déc.) — Robin. Thérapeutique générale des dyspepsies. (*Bull. méd.*, 15 déc., et *Bull. gén. de thérap.*, 15 déc.) — Valmyre. Rôle antiseptique du milieu stomacal. (*Thèse de Bordeaux.*) — Hemmeter. Lavage de l'estomac avec un courant continu. (*N. York med. j.*, 28 déc.) — Martius. Indications des lavages stomacaux. (*Ibid.*, p. 861, 30 sept.) — Rambaud. Du bleu de méthylène en thérapeutique, application au traitement de l'hyperchlorhydrie. (*Thèse de Lyon.*) — L. Kuttner. Eclairage électrique de l'estomac. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 814, 16 sept.) — Meinert. Valeur diagnostique de l'éclairage par transparence de l'estomac. (*Cent. Bl. f. inn. Med.*, 2 nov.) — Elkin. Régime dans les maladies de l'estomac. (*Med. News*, 14 déc.) — Tournier. Sur la possibilité d'une alimentation rectale prolongée et son utilisation dans la thérapeutique stomacale. (*Province méd.*, 20 juill.) — S. Talma. Les indications des opérations stomacales. (*Berl. klin. Woch.*, 23 juin.) — Muendler. Des opérations sur l'estomac à la clinique de Heidelberg. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIV, 2.) — L. D'Amore. Canule à languette pour les fistules gastriques. (*Riforma med.*, 3 août.) — Pasteur et Morris. Perforation aiguë d'un ulcère de l'estomac, laparotomie, guérison. (*Lancet*, 21 déc.) — Selby. Perforation d'un ulcère de l'estomac, opération ; mort le 2e jour par la perforation d'un deuxième ulcère. (*Ibid.*, 30 nov.) — Hofmeister. Traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 oct.) — Parker. Un cas de pyloroplastie. (*Brit. med. j.*, 14 déc.) — Caujole. Essai sur la pyloroplastie ou opération de Heinecke et Mikulicz. (*Thèse de Lyon.*) — Mahaut. De l'état des fonctions gastriques après la gastro-entéro-anastomose pour sténose cancéreuse du pylore. (*Ibid.*) — Haberkant. Des résultats d'opérations sur l'estomac, résection du pylore, gastro-entérostomie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LI, 3.) — Rolland. De la gastrostomie selon le procédé Ssabanyew-Frank-Villar. (*Thèse de Bordeaux.*) — V. Hacker. Des opérations sur l'estomac pour cancer ou rétrécissements. (*Wiener klin. Woch.*, 25.)

Exanthème. — Wolfers. Des exanthèmes par le sulfonal. (*Ther. Monats.*, déc.) — Haralamb. Eruption érythémato-bulbeuse quinique. (*Soc. franç. de derm.*, 12 déc.) — Ballin. Description d'une assez bizarre éruption antipyrique. (*Lyon méd.*, 17 nov.) — Bodin. Eruptions bulleuses pemphigoïdes dues à l'antipyrine. (*Presse méd.*, 7 déc.) — Elliot. Deux cas d'éruptions papulo-pustuleuses et fongoïdes consécutives à l'administration de bromure de potassium chez les enfants. (*Med. Record*, 2 nov.) — Mouira. Dermatoses arsénicales. (*Brit. j. of derm.*, déc.)

Expectoration. — Schmidt. Des protozoaires parasites dans les crachats. (*Münch. med. Woch.*, 17 déc.)

F

Face. — NEUMANN. Etiologie de la paralysie faciale dite rhumatismale. (*Neurol. Cent.*, 1er oct.) — LLOYD. Atrophie hémi-faciale. (*Med. News*, 30 nov.) — TRASSAGNAC. Des épithéliomas de la face propagés aux os. (*Thèse de Lyon.*) — ROSENTHAL. Adénome sébacé de la face. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 729, 19 août.)

Ferment. — DASTRE. Solubilité et activité des ferments solubles dans les liqueurs alcooliques. (*Soc. de biol.*, 7 déc., *Acad. des Sc.*, 9 oct., et *Arch. de phys.*, VIII, 1.) — LÉPINE. Sur le ferment glycolytique. (*Rev. de méd.*, nov.) — FERMI. Effets des ferments protéolytiques sur la cellule vivante et théorie nouvelle sur l'autodigestion de l'estomac. (*Centralb. f. Physiol.*, 12 janv.)

Fièvre. — HERZEN. Fièvre matinale d'origine psychique. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XV, p. 340.) — ROSS. Nouvelle classification des fièvres de l'Inde. (*Indian Lancet*, 1er nov.). — PLEHN. La fièvre des eaux noires (bilieuse hématurique) à Cameroun. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 mai.) — FRIEDLAENDER (Ludwig). Idem, au Congo. (*Ibid.*, p. 465.) — STEUDEL. Du traitement quinique de la fièvre des eaux noires (*Münch. med. Woch.*, 42, p. 1,003.) — QUENNEC. Sur la fièvre bilieuse hémoglobinurique et son traitement par le chloroforme. (*Arch. de méd. nav.*, déc.) — HÉBRARD. Observations de fièvre bilieuse hémoglobinurique recueillies à Grand-Bassam. (*Ibid.*) — DUCLOS. De la fièvre pernicieuse incidente dans le cours des maladies aiguës. (*Journ. des Prat.*, 5 oct.) — LESSER. Le traitement des fièvres sans antipyrétiques, ni alcool. (*Med. Record*, 19 oct.) — CAMERON. L'isolement des fébricitants. (*Dublin Journ.*, 4 déc.)

Fièvre jaune. — FERREIRA. Sur la fièvre jaune chez les enfants. (*Gaz. hebd. Paris*, 16 nov.)

Fistule. — KŒNIG. De la fistule congénitale du cou. (*Arch. f. klin. Chir.*, LI, 3.) — V. ROSTHORN. Guérison des fistules vésico-vaginales par la méthode de Freund. (*Prager med. Woch.*, 23 mai.) — JAYLE. Pathogénie de quelques fistules recto-vaginales consécutives à l'hystérectomie vaginale. (*Soc. anat. Paris*, 29 nov.) — BAIGUE. Fistules urétro-vaginales, traitement par l'uretro-cysto-néostomie. (*Thèse de Paris.*) — DUPLAY. Suture intra-vésicale dans les fistules vésico-vaginales non abordables par le vagin. (*Bull. Acad. méd.*, 19 nov.) — TSAKONAS. Traitement des fistules vésicales. (*Wiener med. Woch.*, 23 nov.) — FERRAND. Un cas de fistule néoplasique recto-vésicale. (*Bull. Soc. sc. de l'Ouest*, IV, 4.)

Foie. — BRACHET. Sur le développement du diaphragme et du foie chez le lapin. (*Journ. de l'anat.*, nov.) — E. CAVAZZANI et MANCA. De l'innervation du foie, les nerfs vaso-moteurs de l'artère hépatique (*Arch. per. le sc. med.*, XIX, 2 et *Arch. ital. de biol.*, XXIV, 2.) — PILLIET. Sur l'existence simultanée de zones différentes d'activité sécrétoire dans le foie. (*Soc. de biol.*,

7 déc.) — Maffucci et Sirleo. Le foie dans les maladies infectieuses. (*Cent. f. allg. Path.*, 20 mai.) — Gabbi et Nesti. Les conditions volumétriques de la rate dans l'ictère par rétention. (*Lo Sperimentale, sez. clin.*, p. 581.) — H. Sauerhering. Sur les nécroses multiples du foie dans l'ictère. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXXVII, 1.) — Jaeger. L'ictère infectieux. (*Deut. med. Woch.*, 12 déc.) — Sahli. Ictère grave. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 oct.) — Hanot. Œdème unilatéral droit dans les affections hépatiques. (*Soc. méd. des hôpit.*, 25 oct.) — Godart-Danhieux. Quelques cas d'hépatoptose avec complications. (*La policl. Bruxelles*, 1er déc.) — Steffen. De l'hépatite interstitielle chronique. (*Jahrb. f. Kind.*, XLI, 2.) — Lanelongue et Faguet. Hépatoptose totale, foie cirrhotique, hépatopexie. (*Congr. Assoc. franç. Bordeaux.*) — Mertens. Lésions anatomiques du foie du lapin au cours de l'intoxication chronique par le chloroforme et l'alcool. Etude expérimentale de la cirrhose du foie. (In-8°, *Gand.*) — Capolongo. Sur un cas de cirrhose hypertrophique biliaire simulant un cancer du foie. (*Riv. clin. e terap.*, déc.) — V. Jaksch. Sur un bruit veineux intra-abdominal au cours d'une hépatite interstitielle chronique. (*Prager med. Woch.*, 2.) — Thomas. Hématémèse et melaena dans une cirrhose atrophique du foie. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XV, p. 226.) — Gauthier. Des hémorragies gastro-intestinales dans les cirrhoses du foie. (*Thèse de Lyon.*) — Nissim. Cirrhose alcoolique hypertrophique, pleurésie droite, péritonite streptococcique. (*Soc. anat. Paris*, 26 juil.) — Verdelet. Foie syphilitique. (*Journ. méd. Bordeaux*, 15 déc.) — Tonkow. Cas de cirrhose du foie syphilitique héréditaire à forme rare. (*Vratch*, 26 oct.) — Lépine. Traitement du foie cardiaque. (*Semaine méd.*, 20 nov.) — Schweiger. Cas d'abcès du foie. (*Wiener med. Presse*, 24 nov.) — Rieux. De la pleurésie séreuse droite consécutive aux abcès du foie. (*Thèse de Lyon.*) — Pilliet et Gosset. Appendicite et abcès de la fosse iliaque, abcès aréolaires du foie consécutifs. (*Soc. anat. Paris*, 25 oct.) — Lyonnet et Jaboulay. Abcès du foie, laparatomie. (*Lyon méd.*, 24 nov.) — Gangolphe. Plaie du foie par coup de revolver, laparatomie. (*Ibid.*) — Catrin. Adénomes du foie. (*Soc. méd. des hôp.*, 15 nov.) — Marchand. Sarcome mélanique du foie avec troubles visuels (sarcome choroïdien). (*Berlin klin. Woch.*, 21 oct.) — Renou. Cancer secondaire du foie. (*Journ. méd. Bordeaux*, 31 nov.) — Porte. Cancer secondaire du foie. (*Dauphiné méd.*, déc.)

Fracture. — Annequin. Fracture indirecte du condyle droit de l'occipital. (*Dauphiné méd.*, déc.) — Duplay. Un cas de fracture spontanée par ostéosarcome. (*Journ. des Pratic.*, 7 déc.) — Mermet. Broiement du membre supérieur, fractures de tous les os, désarticulation de l'épaule, mort. (*Soc. anat. Paris*, 13 déc.) — Auvrey et Mouchet. Fractures de la voûte et de la base du crâne, fractures des deux radius, ruptures multiples du foie, de la rate et du rein droit chez un jeune homme de 16 ans tombé d'un premier étage. (*Ibid.*, 19 juill.) — W. Müller. Des opérations ostéoplastiques de pseudarthroses. (*Cent. f. Chir.*, 16 nov.) — Von Bardeleben. Statistique sur l'exercice précoce des membres inférieurs fracturés. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 juin.) — Bec. De la suture osseuse dans les fractures de la clavicule. (*Thèse de Bordeaux.*) — Tixier. Fracture de l'humérus, paralysie du radial. (*Lyon méd.*, 22 déc.) — Jaboulay. Fracture de l'humérus, paralysie consécutive du nerf radial, opération, guérison. (*Ibid.*, 1er déc.) — P. Redard. Traitement des pseudarthroses de l'humérus par les attelles en aluminium. (*Gaz. méd. Paris*, 30 nov.) — Stone. Traitement des fractures du coude dans la position fléchie sans appareil. (*Boston med. j.*, 4 juil.) — Schmidt. Un nouveau procédé pour le traitement des fractures sous-cuta-

nées et compliquées des doigts et des orteils. (*Münch. med. Woch.*, 39, p. 905.) — SOUTHAM. Traitement des fractures pénétrantes du col du fémur par la rupture et le dégagement après anesthésie. (*Lancet*, 21 déc.) — DÜMS. Sur les fractures spontanées de la cuisse. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 oct.) — JONNESCO. Fracture comminutive de la rotule. (*Gaz. des hôpit.*, 10 déc.) — ALBERS. Différences des résultats dans deux cas de fracture de la rotule traités diversement. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 juin.) — DENARIÉ. Fracture ancienne de la rotule. (*Loire méd.*, 15 déc.) — MARTIN. Fracture de la rotule guérie sans immobilisation. (*Gaz. des hôp.*, 28 nov.) — SPENCER. Suture secondaire de la rotule, résection du tendon du triceps crural. (*Lancet*, 23 nov.) — DENÉRIAZ. Fractures transversales de la rotule traitées par les griffes de Malgaigne. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XV, 1.) — FRY. Fracture oblique du tibia et du péroné, hémorragie à la cinquième semaine par lésion de l'artère tibiale extérieure, amputation de cuisse, guérison. (*Lancet*, 14 déc.) — SCHMITT. De la fracture par écrasement du talon. (*Arch. f. klin. Chir.*, LI, 2.) — LYMAN. Traitement des fractures compliquées. (*Medicine*, nov.)

Frambœsia. — BREDA. Etude clinique et bactériologique de la frambœsia brésilienne ou Boubas. (*Arch. f. Derm.*, XXXIII, 1 et 2.)

Fulguration. — DÜRCK. De la fulguration, remarques sur la mort par l'électricité. (*Münch. med. Woch.*, 31.) — DENIG. Trouble parenchymateux de la cornée à la suite de la fulguration. (*Münch. med. Woch.*, 34, p. 794.)

G

Gangrène. — CASTELLINO et CARDI. La gangrène symétrique des extrémités. (*Morgagni*, oct.) — THIERSCH. Un cas de gangrène symétrique des extrémités (Maladie de Raynaud), mort par apoplexie, artériosclérose. (*Münch. med. Woch.*, 48.) — CUONY. Gangrène de la paroi abdominale par vessie de glace. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XV, 293.) — SMITH. De l'amputation dans la gangrène sénile, 48 cas. (*Guy's hosp. Rep.*, LI, p. 121.)

Gelure. — FRANCOUPOLO. La gangrène totale du pied par congélation, son traitement opératoire. (*Thèse de Paris.*) — DE MONTMOLLIN. Traitement des engelures. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XV, 12.)

Génitaux (Org.)—FULLER. Diagnostic des dérangements sexuels chez l'homme. (*Americ. med. Bull.*, 1er oct.) — BLANCHARD. Du phimosis et de son traitement par la méthode annulaire. (*Thèse de Lyon.*) — VAN LEERSUM. Malformation rare du pénis. (*Cent. f. Chir.*, 23 nov.) — FISCHER. Luxation du pénis en arrière. (*Lancet*, 23 nov.) — SNOW. Deux cas d'épithélioma du pénis. (*Brit. med. j.*, 28 déc.) —DUMAS. Hypertrophie des grandes lèvres chez une jeune fille de 18 ans, emploi de casseaux pour pratiquer l'excision à sec.(*Nouv. Montpellier méd.*, 7 déc.)—LONGYEAR. Kraurosis de la vulve. (*Americ. j. of obst.*, déc.)

Glande. — V. WINIWARTER. Sur la glande annexe du tube digestif des ascidies simples. (*Arch. de biol.*, XIV, 2.)

Glaucome. — Bentzen. Du glaucome expérimental chez les lapins. (*Arch. f. Opht.*, XLI, 4.) — Zirm. Anatomie du glaucome inflammatoire. (*Ibid.*) — Abadie. Traitement du glaucome chronique simple. (*Bull. méd.*, 23 oct.)

Goutte. — D'Aguanno. De la goutte héréditaire auriculaire tardive. (*Boll. mal. dell'orecchio*, XIII, p. 294.) — Jaccoud. Du traitement de la goutte abarticulaire. (*Semaine méd.*, 13 nov.) — Bishop. Diagnostic et traitement de la goutte. (*Med. Record.*, 7 déc., p. 817.)

Graisse. — Donneyer. Estimation quantitative de la graisse dans l'organisme. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXI, 6.) — Sack. Des noyaux vacuolés des cellules grasses; du tissu graisseux sous-cutané de l'homme. (*Arch. f. mik. Anat.*, XLVI, 3.)

Greffe. — Krause (F.) Diverses applications des greffes cutanées. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 859, 30 sept.) — Lusk. Une nouvelle méthode de greffes épidermiques. (*Med. Record.*, 7 déc.) — V. Mangoldt. Nouvelle méthode de greffe par épidermisation des plaies cavitaires et à lambeaux, par l'ensemencement épithélial. (*Deut. med. Woch.*, 28 nov.) — Mossé. Nouvelles recherches sur la greffe osseuse hétéroplastique. (*Arch. de phys.*, VIII, 1.)

Grippe. — Kammerer. L'épidémie de grippe de 1895 à Vienne. (*Osterr. sanit.*, 18.) — Mossé. Sur les effets des épidémies de grippe sur la natalité et la mortalité dans la ville de Toulouse. (*Cong. Ass. franç. Bordeaux.*) — Mercié. Une épidémie de grippe à bord de l'*Alger*. (*Arch. de méd. nav.*, déc.) — Hitzig. Bacilles de l'influenza dans un abcès du poumon. (*Münch. med. Woch.*, 35, p. 813.) — Neisser. Le bacille grippal de Pfeiffer et sa culture. (*Hyg. Rundsch.*, V, p. 311.) — Cathomas. Occlusion subite des vaisseaux dans l'influenza. (*Münch. med. Woch.*, 27, p. 625.) — Hennig. Contribution à la symptomatologie et au traitement des formes nerveuses de l'influenza. (*Ibid.*, nº 36, p. 837.) — Auguin. Signification clinique du méningisme dans la grippe. (*Thèse de Lyon.*) — Pailhas. Cas de maladie de Landry d'origine influenzique suivi de guérison, aphasie et troubles circulatoires, légère rechute. (*Arch. de neurol.*, déc.) — Soulagnes. Dermatite exfoliatrice généralisée subaiguë, débutant par la grippe et compliquée de névralgie. (*N. Montpellier méd.*, nº 39, 28 sept.) — Perrin. Abcès périnéphrétique consécutif à la grippe, mais d'origine traumatique ancienne. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XV, 295.) — Drews. Traitement des formes nerveuses de la grippe par le salophène. (*Cent. f. inn. Med.*, 47.) — Dumas. Emploi systématique du calomel dans la grippe. (*Nouv. Montpellier méd.*, 14 déc.).

Grossesse. — Catuneanu. Du diagnostic de la grossesse au début. (*Thèse de Paris.*) — Keegan. La vie de l'enfant au cours de la parturition. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 9 nov.) — Pinard. Note pour servir à l'histoire de la puériculture intra-utérine. (*Bull. Acad. de méd.*, 26 nov. et *Ann. de gyn.*, déc.) — Wakley. Influence de l'hérédité sur la tendance à avoir des jumeaux. (*Lancet*, 23 nov.) — Tilman. De la mort d'un fœtus dans la grossesse gémellaire. (*Thèse de Paris.*) — Stahl. Un cas de grossesse quadruple chez une primipare. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 14 déc.) — Stoker et Edin. Grossesse quintuple, 5 filles : 2 mort-nées, 3 autres, ayant vécu quelques instants. (*Lancet*, 9 nov.) — Strassmann. Etude de la grossesse et des suites de couches dans les cas d'utérus et antéflexion. (*Arch. f. Gyn.*, L, 3.) — Morrow. Liquide amniotique s'échappant d'une subdivision inoccupée de membranes fœtales. (*Boston med. journ.*, 19 déc.) — Swift. Œdème et prolapsus du col dans la grossesse et l'accouchement. (*Austra-

lasian med. Gaz., 20 sept.) — BROTHERS. Nouveau procédé de traitement du prolapsus du cordon. (*Americ. j. of Obst.*, déc.) — VON OTT. (D.). Des grossesses extra-utérines. (*Leipzig.*)—ENGSTROM. Grossesse tubaire interstitielle, opération. (*Finska läkar. handlingar*, XXXVII, 11.) — PILLIET et RICHE. Hématocèle pelvipéritonéale, suite probable de la grossesse tubaire. (*Soc. Anat. Paris*, 6 déc.) — DEMOULIN. Sur un cas de grossesse tubaire terminée par une rupture guérie par l'intervention. (*Ann. de Gyn.*, déc.)— DE STRAUCH. Remarques à propos du mémoire de Condamin sur le traitement des grossesses extra-utérines. (*Ibid.*)— CAUCHOIS. Deux cas de grossesse ectopique au 6e et 9e mois. (*Normandie méd.*, 1er déc.) — WAWA. Un cas de grossesse extra-utérine. (*Wiener med. Woch.*, 9 nov.) — GRANDIN. Notes sur la grossesse ectopique. (*Americ. med. Bull.*, 15 nov.) — JOHNSON. Deux cas de grossesses extra-utérines. (*Boston med. journ.*, 7 nov.) — MAUERHOFER. Hématocèle rétro-utérine par grossesse tubaire; mort par hémorragie intra-péritonéale secondaire foudroyante. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XV, 294.)— MURET. Laparotomie d'urgence pour hémorragie externe due à la rupture d'une grossesse tubaire; guérison. (*Ibid.*, XV, 7, p. 406.) MAX SIMON. De la grossesse ectopique, trois cas avec laparotomie. (*Münch. med. Woch.*, 23, p. 537.) — HOEPFL. Cas de grossesse prolongée parasalpyngienne. Guérison par opération. (*Ibid.*, 32, p. 756.) — GEBHARDT. Un cas de grossesse tubaire interstitielle, terminée par la guérison. (*Ibid.*, 35, p. 820.) TAYLOR. Hémorragie intrapéritonéale, suite de grossesse tubaire. (*Brit. gyn. j.*, mai.) — PROCHOWNICK. Traitement des grossesses extra-utérines, par les injections de morphine. (*Berlin. klin. Woch.*, 4 nov.)

Gymnastique.—CREDÉ. La gymnastique de convalescence dans les hôpitaux. (*Berl. klin. Woch.*, 22 juill.) — REGNIER. De la gymnastique médicale suédoise. (*Cong. Assoc. franç. Bordeaux.*) — SUQUET. Un voyage médical en Scandinavie, au point de vue de la gymnastique suédoise, avec réflexion sur l'hygiène de ce pays. (*Gaz. méd. Nantes*, 12 nov.) — BROMAN. La gymnastique scolaire d'après le système suédois. (*Londres.*)

Gynécologie.— MUNDÉ. Le service gynécologique du Mount-Sinai hospital de 1883 à 1894. (*Amer. j. of Obst.*, déc.) — BLAKE. Notes sur le service de gynécologie au Boston City Hospital. (*Boston med. Journ.*, 12 déc.)— ABEL. Technique du diagnostic microscopique en gynécologie. (*Berlin.*)— AUVARD. De la stérilité chez la femme. (in-18, 319 p., *Paris*, 1896.)—VEDELER. Etude de 310 cas de stérilité (211 dus au mari). (*Norsk. mag. f. Lœgev.*, p. 380.)— LEBEDEFF. Sur les exagérations opératoires dans la gynécologie moderne. (*Vratch*, 4 janv.) — PRAEGER. Les méthodes conservatrices en gynécolo- donnent-elles les meilleurs résultats aux malades. (*Amer. j. of Obst.*, déc.) — STRASSMANN. Des irrigations dans la pratique gynécologique. (*Therap. Monats.*, déc.)

H

Helmintiase. — MANSON. Le ver de Guinée. (*Brit. med. j.*, 30 nov.) — BLIN. Traitement de la filaire de Médine par les injections de sublimé à 1 0/00. (*Arch. de méd. nav.*, nov.) — THORNHILL. De l'ankylostome duodénal, sa diffusion dans les Indes, à Ossam, à Ceylan. (*Indian med. Gaz.*, 9.) —

J. Hirschberg. Filaire extraite de l'œil humain. (*Berlin. klin. Woch.*, 4 nov.) — Snow. Entérite pseudo-membraneuse et ascaris lombricoïdes. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 12 oct.) — Mitra. Un cas de diarrhée due à des ascarides ; mort. (*Boston med. Journ.*, 5 déc.) — Perroncito. Le sulfure de carbone contre les larves de diphtérie dans le tube digestif. (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 17.) — V. Schröder. Etat encapsulé du distome dans les muscles du chien. (*Vratch*, 26 oct.)

Hémoglobinurie. — Vaquez et Marcano. Des modifications des éléments figurés du sang dans un cas d'hémoglobinurie. (*Arch. de méd. exp.*, VIII, 1.) — Loumeau et Peytoureau. Un cas d'hémoglobinurie paroxystique ou *a frigore*. (*Ann. policl. Bordeaux*, nov.) — Mérigot de Treigny. L'hémoglobinurie paroxystique. (*Journ. des Praticiens*, 19 oct.) — Rochon. Hémoglobinurie et néphrite pneumonique. (*Méd. moderne*, 4 déc.)

Hémorragie. — Gottschalk. De la stypticine dans les hémorragies utérines. (*Ther. Monats.*, déc.) — Mc Neill. Valeur des grands lavements de solution saline dans les hémorragies post partum. (*Australasian med. Gaz.*, 20 déc.) — Gluck. Indications et manuel opératoire de l'hémostase par occlusion latérale et suture des vaisseaux sanguins. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 746, 26 août.) — J. Israel. Suture de l'artère hypogastrique ouverte accidentellement dans une opération de pérityphlite. (*Ibid.*, p. 747.)

Hémorroïdes. — Marcy. Traitement chirurgical des hémorroïdes par l'excision et la suture animale perdue. (*Americ. j. of obst.*, déc.)

Hérédité. — Morau. Sur quelques expériences relatives à l'hérédité morbide (*Soc. de biol.*, 7 déc.) — Remy Saint-Loup. Sur la formation d'un caractère anatomique et sur l'hérédité de cette acquisition. (*Ibid.*, 23 nov.) — Artault de Veney. Action de l'infection des générateurs sur leurs descendants. (*Ibid.*, 30 nov.) — Denison. Hérédité de dégénérescence ; quelques influences de la civilisation sur la santé. (*N.-York med. j.*, 14 déc.) — Rigg. L'hérédité morbide. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 12 oct.) — Christison. De l'hérédité. (*Ibid.*, 14 déc.)

Hernie. — W.-W. Krasnoff. Sur la fréquence des hernies chez les jeunes gens appelés au service militaire et sur les hernies artificielles. (*Journ. de méd. milit.*) — Platt. Cure radicale d'une hernie inguinale chez un enfant par l'implantation d'un morceau d'éponge aseptique pour obstruer le canal. (*Med. Record*, 7 déc., p. 815.) — Phocas. Cure radicale de la hernie inguinale chez l'enfant. (*Journ. des Praticiens*, 9 nov.) — Bérard. Hernie inguinale avec présence du cœcum. (*Lyon méd.*, 3 nov.) — G. Julliard. Hernie inguinale étranglée prise au début pour une obstruction par bride ; péritonite, kélotomie, anus contre nature ; mort. (*Rev. méd. Suisse romande*, XV, nº 10, p. 539.) — G. Julliard. Double inguinocèle ; occlusion de la plus volumineuse par une bride épiploïque. Résection du sac, castration (homme de 65 ans), ligature du collet et suture de l'anneau. Guérison sans fièvre. (*Ibid.*, XV, 10, p. 544.) — Thiriar. Varicocèle survenu à la suite d'une cure radicale de hernie inguinale. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 nov.) — Kappeler. Hernie crurale formée par une trompe chez un homme de 84 ans. Opération. (*Corr.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 juill.) — Delagénière. Nouveau procédé de cure radicale de la hernie crurale. (*Arch. prov. de chir.*, V, 2.) — E. Kummer. Opération d'une hernie crurale étranglée ; durillon mésentérique (hypertrophie localisée) produit par la pelote du bandage. (*Rev. méd. Suisse romande*, XV, p. 219.) — Lapeyre. Hernie de l'in-

testin grêle tout entier dans la fossette duodéno-jéjunale. (*Soc. anat. Paris*, 22 nov.) — ESPRIT. Hernie congénitale du cœcum à gauche; cure radicale, guérison. (*Dauphiné méd.*, nov.) — NASSE. Un cas de hernie iléo-appendiculaire étranglée. (*Arch. f. klin. Chir.*, LI, 4.) — BOURSIER. Entérocèle vaginale. (*Journ. méd. Bordeaux*, 21 juill.) — BERGER. De la hernie obturatrice. (*Thèse de Lyon.*) — VAN HASSEL. Hernie ombilicale. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 déc.) — VAN HASSEL. Omphalectomie totale. (*Ibid.*, 15 oct.) — BAUMELOU. De la cure radicale des hernies ombilicales. (*Thèse de Lyon.*) — L. AUDAIN. Hernie lombaire congénitale. (*Bull. méd.*, 23 oct.) — MASSE. Hernie périnéale et lipome préherniaire, grossesse et accouchement. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 24 nov.) — BOCCARD. Sur les hernies du plancher du bassin. (*Thèse de Lyon.*) — FIKL. Un cas d'hémorragie intestinale après la kélotomie. (*Wiener klin. Woch.*, 26.) — HENGGELER. Statistique de 276 hernies étranglées, clinique de Zurich. (*Beit. z. kl. Chir.*, XV, 1.) — FISCHER. Hernie étranglée de la paroi abdominale. (*Münch. med. Woch.*, 17, p. 627.) —DAYOT. Observation d'entérectomie et d'entérorraphie circulaire dans la hernie gangrenée; remarques sur la valeur comparative des deux méthodes de traitement : résection avec suture et anus contre nature. (*Arch. prov. de chir.*, IV, 12.) — PLA. De l'entéro-anastomose par le bouton de Murphy, modifié par Villard, dans la hernie gangrenée. (*Thèse de Lyon.*) — P. LUPO. Chirurgie de la hernie étranglée et cure radicale des hernies. (*Riforma med.*, 5 oct.) — ALBERS. Cure radicale de hernie étranglée et opération simultanée d'une appendicite suppurée. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 juin.) — JULLIARD. Cure radicale d'une hernie avec résection du gros intestin. (*Rev. méd. Suisse romande*, XV, 10.) — JABOULAY. Comment on peut traiter les perforations et les gangrènes herniaires. (*Province méd.*, 28 sept.) — GIRARD. Extraction d'un sac herniaire chez une femme. (*Dauphiné méd.*, déc.) DEJARDIN. Sur un cas d'étranglement herniaire. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 déc.) — CABOT. Réflexions sur la cure radicale de la hernie. (*Boston med. Journ.*, 21 nov.) — DEGARMO. 35 cas de résection de l'épiploon dans les opérations de hernies. (*Ann. of Surg.*, juin.) — E. KUMMER. Cure radicale des hernies abdominales. (*Rev. méd. Suisse romande*, XV, 9.) — REYNIER. Du danger de la ligature à la soie dans les épiploïtes enflammées. (*Cong. franç. de chir.*, oct.) — MÖLLER. Sur l'opération radicale des hernies de l'abdomen. (*Münch. med. Woch.*, 42, p. 978.)

Herpès. — LUTAUD. L'herpès puerpéral. (*Journ. de méd. Paris*, 1er déc.)

Histologie. — C. BENDA et GÜNTHER. Atlas portatif d'histologie. (*Vienne* et *Leipsig.*) — MERGL. De la microphotographie. (*Int. med. phot. Monats.*, II 2.) — ALTMANN. De la micrologie. (*Arch. f. Anat. u. Phys.*, 4 et 5.) — HIS. Note sur ce travail. (*Ibid.*) — GUENTHER. Remarques sur les nouveaux procédés de coloration de Unna. (*Arch. f. Dermat.*, XXXIII, 1 et 2.) — V. RATH. Procédé de conservation. (*Anat. Anzeiger*, XI, 9.) — REGAUD. Technique de la coloration des cellules nerveuses par le bleu de méthylène. (*Arch. clin. Bordeaux*, déc.) — MEYER. Des injections sous-cutanées de bleu de méthylène pour isoler les éléments du système nerveux central. (*Arch. f. mik. Anat.*, XLVI, 2.) — TCHEMOLOSOFF. Le formol comme agent conservateur pour pièces en ophtalmologie. (*Vratch*, 4 janv.) — LACHI. Sur la valeur de la formaline employée en microscopie. (*Mon. zool. ital.*, VI, 1.) — DELL' ISOLA. La valeur de la formaline en histologie et la manière de l'employer. (*Boll. Accad. med. Genova*, X, 7.) — BETHE. Formaldéhyde ni formol ni formaline (*Anat. Anzeiger*, XI, 11.) — RAWITZ. Emploi de l'alizarine et du cyanoalizarine dans la technique. (*Ibid.*, XI, 10, et *Soc. de phys. Berlin*, 25 oct.) — CENI. Modification à la méthode de coloration des centres

nerveux au bichlorure de mercure. (*Arch. ital. de biol.*, XXIV, 3, p. 480. — Fischel. Emploi du nitrate d'argent pour les préparations d'élements nerveux. (*Wiener klin. Rundsch.*, IX, p. 684.) — Hamburger. Une méthode très simple pour reproduire ce qu'on voit par l'œil nu à des préparations microscopiques. (*Rev. de méd.*, déc.)

Hôpital. — Moore. Les hôpitaux pour maladies infectieuses. (*Dublin Journ.*, déc.) — Lie. Rapport triennal (1892-1894) de l'hôpital de Lunggard. (*Norsk Magazin*, sept.) — Portal. De la ventilation, du chauffage et de l'éclairage des hôpitaux. (*Thèse de Lyon.*) — Poupinel. Installations hospitalières ; nouvelles salles d'opération. (*Rev. d'hyg.*, déc.) — Dayot. Les salles d'opération de l'Hôtel-Dieu de Rennes. (*Bull. Soc. sc. de l'Ouest*, IV, 3.) — Bellouet. La nouvelle Maternité de l'hôpital Beaujon. (*Rev. d'hyg.*, juill.).

Hydatide. — Sommer. Les maladies hydatiques aux Etats-Unis. (*N. York med. j.*, 23 nov.) — Carbone. Contribution à l'étude chimique du liquide des kystes à ecchynocoques. (*Giorn. Accad. di Med. Torino*, nov.) — Lamford. Ablation d'un kyste hydatique de l'orbite. (*Trans. opht. Soc.*, XV, p. 167.) — Thomas. Sur un cas de kyste hydatique du poumon, opération tardive d'empyème, mort. (*Rev. méd. Suisse romande*, XV, p. 337.) — R. Troquart. Kystes hydatiques du poumon ouverts dans la plèvre. (*Journ. méd. Bordeaux*, 31 nov.) — Brault. Kyste hydatique intra-hépatique volumineux traité par la méthode rapide légèrement modifiée. (*Bull. méd. de l'Algérie*, 10 nov.) — S. Y. Tchistovitch. Un cas d'ecchinocoque du foie. (*Vratch*, 19 oct.) — Larre. Du kyste hydatique des os du bassin. (*Thèse de Bordeaux.*)

Hygiène. — Janke. De l'enseignement de l'hygiène. (In-8°, 160 p., *Hambourg.* — — Legge. La santé publique dans les capitales de l'Europe. (*Londres*, 1896.) Newsholme. Système national de statistique des maladies. (*Lancet*, 21 déc.) — Nocht et Schmidt. Le service médical du port de Hambourg. (*Hambourg.*) — K. Schubert. Conditions sanitaires de l'Institut d'Ehrlich à Dresde. (*Zeitchr. f. Schulg.*, VIII.) — Karl Daubler. Principes d'hygiène tropicale. (*Munich.*) — A. Pfeiffer. Manuel d'hygiène administrative. (*Berlin.*) — Mitschag. Le service de santé publique en Autriche. (*Hyg. Rundsch.*, 1er déc.) — Pioger. La question sanitaire dans ses rapports avec les intérêts et les droits de l'individu et de la société. (In-12, 240 p., *Paris.*) — G. Drouineau. L'assainissement de Toulon. (*Rev. d'hyg.*, août.) — Th. Belval. Le bureau d'hygiène d'Anvers. (*Mouv. hyg.*. oct.) — L. Moreau. La science hygiénique de Mahomet. (*Ibid.*, août.) — Adolf Baginsky. Principes de la législation mosaïque. (*Deut. Viertelj.*, *f. œffentl. Ges.*. XXVII, p. 465.) — Drouineau. Le Congrès d'assainissement et de salubrité tenu à Paris en juillet 1895. (*Rev. d'hyg.*, août.) — E. Richard. L'Exposition internationale d'hygiène du Champ-de-Mars. (*Ibid.*, sept.) — L. Reuss. L'hygiène urbaine à l'Exposition internationale d'hygiène. (*Ann. d'hyg. publ.*, août.) — L. Reuss. Application du génie sanitaire à l'Exposition internationale d'hygiène. (*Ibid.*, oct.) — Nocht. Observations sur l'hygiène navale. (*Hyg. Rundsch.*, V, 14, p. 637.) — Frank. Les postes berlinois de secours. (*Ibid.*, 1er août.) — R.-H. Saltet. La statistique des causes de décès dans les Pays-Bas. (*Ibid.*, V, 11, p. 493.) — Stékoulis. Mémoire sur la nécessité de réformer le système quarantenaire en vigueur en Turquie, présenté au Conseil supérieur de santé à Constantinople. (*Ibid.*, 15 nov.) — Adresse de la Commission médicale suisse aux autorités fédérales, relative à la loi sur l'assurance obligatoire pour maladies (choix libre des médecins et payement de ceux-ci à la visite). (*Rev. méd. Suisse romande*, XV, 6, p. 357.) —

Scholtz. Sur l'hygiène rurale. (*Deut. Viertelj. f. œffentl. Ges.*, XXVII, p. 313.) — Ziegelroth. Etude d'hygiène sociale sur la nervosité, ses causes et ses remèdes. (*Stuttgart.*) — J. Van Bebber. Météorologie hygiénique. (*Stuttgart.*) — W. Kruse. Rôle sanitaire de la lumière. (*Zeitschr. f. Hyg.*, XIX.) — C. Arens. Dosage des pressions de l'atmosphère des espaces clos. (*Arch. f. Hyg.*, XXI.) — Bunel. Rapport sur une agglomération populeuse insalubre. (*Cons. salubr. Seine*, 2 août.) — Lange. Les logements baraqués pour gens sains ou malades. (*Leipzig.*) — Paore. Le sol et ses rapports avec la maladie et la santé. (*Lancet*, 14 déc.) — Lévy. Assainissement de la Bièvre en amont de Paris. (*Cons. salubr. Seine*, 20 déc.) — De Montricher. Utilisation des anciens égouts à grande section pour évacuer les eaux d'orage. (*Rev. d'hyg.*, oct.) — Bechmann. Le fonctionnement des champs d'épuration de Paris et de Berlin. (*Ibid.*, déc.) — Pallas et Lalesque. La perméabilité de l'alios. (*Journ. méd. Bordeaux*, 15 déc.) — Lande. Le régime des égouts, la pollution des eaux de la Garonne et la question de l'épandage à Bordeaux. (broch. 65 p., *Bordeaux.*) — Letulle. L'hygiène et les réformes hospitalières de l'assistance publique (étude sur l'hôpital Saint-Antoine). (*Rev. d'hyg.*, juin.) — Predöhl. Le crachoir. (*Münch. med. Woch.*, 42, p. 1007.) — Ledé. Habitations des nourrices et mortalité de leurs nourrissons. (*Rev. d'hyg.*, sept.) — L. Vintras. Inspection sanitaire des maisons d'habitation. (*Ibid.*, oct.) — W.-A. Levaschew. Sur les méthodes d'exploration de l'air des habitations à l'aide des solutions de permanganate de potasse. (*Vratch*, 2 nov.) — Compte rendu de la Société leipzicoise pour l'édification de logements à bon marché. (*Hyg. Rundsch.*, V, 1036.) — M.-J. Prokowskaja. Logements des ouvriers pétersbourgeois. (*Ibid.*, V, 818.) — Gotschlich. Le mérulius lacrymens au point de vue de la salubrité des habitations. (*Zeitsch. f. Hyg.*, XX.) — Thomas Blashill. Les logements des ouvriers londoniens de construction récente. (*Deut. Viertelj. f. œffentl. Gesundh.*, XXVII, p. 414.) — De Boeck. Enquête sur l'état anthropologique, physique et psychique des pensionnaires de la « Maison du travail ». (In-8°, *Bruxelles.*) — Auguste Oslender. Impressions de son voyage à Londres, en décembre (chauffage domestique, urinoirs et chalets de nécessité, églises, écoles). (*Hyg. Rundsch.*, V, 1093.) — E. Voit. Le chauffage par les poêles. (*Ibid.*, V, 1099.) — Adolf Bechem. Utilisation meilleure du combustible par l'injection d'eau pulvérisée sur les charbons incandescents. (*Ibid.*, V, 1098.) — Etienne Herscher. Supériorité du chauffage par la vapeur à très basse pression pour les bâtiments scolaires. (*Rev. d'hyg.*, juill.) — Collan. Dosage des produits sulfureux dans la combustion du gaz d'éclairage. (*Zeitschr. f. anal. Chem.*. XXXIV.) — Renk. Le nouvel éclairage des salles de cours de l'Université de Halle (éclairage indirect par becs Auer). (*Hyg. Rundsch.*, V, 8, p. 369.) — Dennstedt et Ahrens. Proportions réciproques des composés sulfureux dans les produits de combustion du gaz d'éclairage. (*Ibid.*, V, 944.) — George H.-F. Nuttall. Le calorimètre de Junker et le pouvoir calorifique du gaz d'éclairage à Berlin. (*Ibid.*, V, p. 351.) — K. Klintrager L'instrument de contrôle de Recknagel fils pour les appareils ventilateurs. (*Zeitschr. f. Schulgesundh.*, VIII.) — Vogel. Nouvelle étuve à vapeur sous tension avec remarques sur l'importance du courant, de la tension et de la vapeur dans la désinfection. (*Zeitschr. f. Hyg.*, XIX.) — Rubner. Etudes thermiques sur le vêtement de l'homme. (*Arch. f. Hyg.*, XXIII.) — Rubner. Influence du revêtement pileux sur les échanges nutrititifs et la calorification. (*Ibid.*, XX.) — Wyss. Action du corset. (*Corr.-Blatt. f. schw. Aerzte*, 15 mai.) — Gaches-Sarraute. Etude du corset au point de vue de l'hygiène du vêtement de la femme. (*Rev. d'hyg.*, XVII, p. 399.) — Solbrig. Desiderata hygiénique des écoles rurales. (*Francfort-s.-Mein.*) — Léo Burgerstein et Ary Netshtzky.

Traité d'hygiène scolaire. (*Iéna.*) — E. Marcus. Trovaux récents d'hygiène scolaire. (*Deut. Viertelj. f. œff. Gesundh.*, XXVIII, 632.) — Dornblüth. Internats et hygiène scolaire. (*Ibid.*, XXVIII, p. 675.) — Hakonson-Hansen. Etudes d'hygiène scolaire en Norwège. (*Zeitschr. f. Schulgesund.*, VIII.) K. Rose. Les soins de la bouche dans les écoles. (*Ibid.*, VIII.) — P. Schubert. L'écriture droite; expériences des cinq dernières années. (*Ibid.*, VIII.) — A. Hermann. Mon pupitre scolaire permettant la station debout. (*Ibid.*, VIII.) — O. Janke. Nécessité de planches pour l'enseignement de l'hygiène dans les écoles. (*Ibid.*, VIII.) — F.-A. Schmidt. Le jugement d'Angelo Mosso sur la gymnastique dans les écoles allemandes. (*Ibid.*, VIII.) — Angelo Mosso. Critique de la gymnastique allemande au point de vue physiologique, Réponse à Schmidt. (*Ibid.*) — V. Demek. Tentatives pour introduire le travail manuel dans les écoles de garçons en Hongrie. (*Ibid.*, VIII.) — M. Mishima. L'hygiène scolaire au Japon. (*Ibid.*, VIII.) — W. Rettig. Nouveau banc scolaire. (*Leipzig.*) — V. von Woikowsky-Biedau. Les jeux et exercices physiques. (*Hyg. Rundsch.*, V, 1103.) — Napias. Nouvelle note sur l'hygiène des crèches. (*Rev. d'hyg.*, XVII, 11.) — Playfair. Sur l'éducation et l'entraînement des filles au moment de la puberté. (*Brit. med. j.*, 7 déc.) — Tissié. L'éducation physique dans l'Université. (*Rev. scient.*, 26 oct.) — Bouloumié. Selle hygiénique pour bicyclette. (*Rev. d'hyg.*, XVII, p. 1009.) — Aldhuy. Le périnée et la bicyclette. (*Thèse de Lyon.*) — Oertal. Sur une chaise hygiénique. (*Münch. med. Woch.*, 28, p. 645.) — Johnston-Lavis. Du rôle des mollusques alimentaires dans la propagation des infections gastro-intestinales, mesures prophylactiques. (*Thèse de Lyon.*) — Comité vétérinaire saxon. Organisation des abattoirs. (*Zeitschr. f. Fleisch. und Milch.*, V.) — Schmaltz. Statistique des abattoirs prussiens en 1894. (*Hyg. Rundsch.*, V, 949.) — H. Blaise. Les vacheries de Montpellier. (*Ann. d'hyg.*, juin.) — Sanfelice. Quelques maladies infectieuses des animaux domestiques en Sardaigne. (*Zeitschs. f. Hyg.*, XX.) — Eberlein. Dangers sanitaires de l'importation des viandes de l'étranger. (*Arch. f. Wissench. und. prakt. Thierheilk.*, XXI.) — Ostertag. Le lait des abattoirs et marchés au bétail comme propagateur de tuberculose. (*Zeitschr. f. Fleisch. und Milch. Hyg.*, V.) — Nocard. Rapport sur un clos d'équarrissage. (*Cons. salubr. Seine*, I, p. 219.) — Dupret. Rapport sur l'extension d'une vacherie suburbaine. (*Ibid.*, 6 déc.) — Jungfleisch. Rapport sur l'introduction d'huiles végétales dans les graisses comestibles. (*Ibid.*, 2 août.) — Planchon. Fleurage du pain avec la poudre de corrozo. (*Ibid.*, 6 déc.) — Vallin. Insalubrité des zones militaires des fortifications de Paris. (*Ibid.*, I, 15, p. 278.) — E. Roth. Influence de la durée du travail sur la santé des ouvriers. (*Deutsch. Viertelj. f. œff. Gesund.*, XXVIII, p. 277.) — Detourbe. Sur un nouveau type de masque respirateur. (*Rev. d'hyg.*, XVII, p. 1012.) — Belval. Industrie de l'acide carbonique liquide. (*Mouv. hyg.*, août.) — Th. Belval. Le phosphore blanc dans les fabriques d'allumettes. (*Ibid.*, août.) — Bruylants. Rapport au Conseil d'hygiène de Belgique sur le classement des fabriques de margarine. (*Ibid.*, sept.) — K. Faidherbe. Les maladies infectieuses au bord de la mer. (*Ibid.*, déc.) — Gorron. Hygiène des pêcheurs; l'huile à filets et ses inconvénients. (*Arch. de méd. nav.*, nov.) — Riche. Dangers que peuvent présenter pour les ouvriers les travaux effectués sur les peaux conservées au moyen de l'acide arsénieux (insignifiants comparés à la possibilité d'infection charbonneuse), et discussion du Conseil. (*Cons. salubr. Seine*, I, 14, p. 238.) — Le Roy des Barres. Rapport sur un dépôt de peaux conservées. (*Ibid.*, 13 sept.) — Vieille. Classement de l'industrie du ciment métallique, (*Ibid.*, 8 nov.) — Hétier. Rapport sur la mise à sec du lac d'Enghien. (*Ibid.*, 8 nov.) — Schloesing et Riche. Rapport sur une fabrique de sulfate d'ammoniaque à

Alfortville. (*Ibid.*, 8 nov.) — COLIN. Rapport sur le village noir exhibé au Champ-de-Mars. (*Ibid.*, p. 214.) — RIBAN. Rapport sur l'autorisation nécessaire pour établir une fabrique de carton-pâte et note défavorable du Conseil à cause de l'infection de la rivière par les eaux résiduaires. (*Ibid.*, I, p. 206.) — BUNEL. Rapport sur l'établissement d'une buanderie centrale des prisons à Saint-Lazare et avis défavorable du Conseil. (*Ibid.*, I, 9, p. 139.) — BOURGOIN. Rapport sur la mise en vente d'un produit dangereux pour la santé (le « tueur de microbes », panacée composée d'acide sulfurique et destinée à l'usage interne.) (*Ibid.*, I, p. 200.) — LEHMANN. Blanc de plomb non toxique. (*Hyg. Rundsch.*, 1er nov.) — F. DESPAGNET. Etuve à vapeur surchauffée sans pression. (*Rev. d'hyg.*, oct.) — DU CAZAL. La contagiosité par le livre. (*Bull. Acad. méd.*, 17 déc.) — DU CAZAL et CATRIN. De la contagion par le livre. (*Ann. Inst. Pasteur*, IX, 12.) — A. VILLIERS et FAYOLLE. Recherche de l'acide borique. (*Ann. d'hyg. publ.*, sept.) — Michel LÉVY. Rapport sur l'agrandissement du cimetière de Clichy. (*Cons. salubr. Seine*, I, 15, p. 272.) — LINIER. Rapport sur les fouilles à pratiquer dans le cimetière de Thiais. (*Ibid.*, 2 août.) — A. LÉVY. Agrandissement des cimetières de Champigny et de Fontenay-sous-Bois. (*Ibid.*, 22 nov.) — PLANCHON. Pommade toxique contre la calvitie (biodure de mercure. (*Ibid.*, 6 déc.) — PLANCHON. Jouets toxiques (cigarettes au sulfocyanure de mercure. (*Ibid.*, 6 déc.) — LEWIS. Le règlement de la prostitution. (*Med. Record*, 9 nov.)

Hygroma. — DURVILLE. L'hygroma de la bourse séreuse du psoas. (*Thèse de Paris.*) — C. RUSSO-TRAVALI. Hygroma calcifié prérotulien. (*Riforma med.*, 18 sept.)

Hypnotisme. — CROCQ fils. De l'hypnotisme scientifique. (In-8°, 509 p., *Bruxelles.*) — Alb. MOLL. L'hypnotisme. (*Berlin.*) — RECHTSAMER. L'hypnose en thérapeutique. (*Wiener med. Blätter*, 28.) — MOFFETT. La démence hypnotique. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 9 nov.) — MASON. La double personnalité ; ses relations avec l'hypnotisme et la lucidité. (*Ibid.*, 30 nov.) — HOWARD. Sur l'hypnotisme. (*Ibid.*, 30 nov.) — CUYLITS. Un cas d'auto-suggestion à l'état de veille. (In-8°, *Gand.*) — BONJOUR. Guérisons par l'hypnotisme. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XV, p. 185.) — BONJOUR. Somnambulisme hystéro-épileptique traité avec succès par l'hypnotisme. (*Corresp.-Blatt. f. schw. Aerzte*, 15 juin.)

Hystérie. — HERVOUET. Pathogénie de l'hystérie. (*Gaz. méd. Nantes*, 12 déc.) — POTEL. Sur quelques formes bizarres d'hystérie. (*Bull. méd. Nord*, 22 nov.) — LOCKWOOD. Etude de l'hystérie et de l'hypochondrie. (*Med. Record*, 23 nov.) — ESCANDE DE MESSIÈRES. Les rêves chez les hystériques. (*Thèse de Bordeaux.*) — OMBRÉDANNE. Trois cas d'hystéro-traumatisme. (*Arch. de méd.*, nov.) — LOWENFELD. Un cas d'hystéro-neurasthémie, vraisemblablement traumatique, avec symptômes de maladie cérébrale en foyer. (*Münch. med. Woch.*, 42.) — FABRICIUS. Deux cas d'hystéro-hydrophobie. (*Med. Record*, 28 déc.) — HUCHARD. Méningisme hystérique. (*Soc. méd. des hôp.*, 13 déc.) — DEKNATEL. Paralysie faciale hystérique. (*Nederl. Weekbl.*, II, 13.) — PANNETIER. Des éruptions cutanées d'origine hystérique. (*Thèse de Bordeaux.*) — VERRIER. Des lésions cutanées hystériques chez l'homme. (*France méd.*, 13 déc.) — SOYEZ. Œdème hystérique. (*Thèse de Paris.*) — VERHOOGEN. Le tympanisme et le météorisme abdominal des hystériques. (*Journ. de Bruxelles*, 39.) — LANNOIS. Panaris des doigts avec œdème considérable du membre supérieur chez une hystérique. (*Lyon méd.*, 1er déc.) — LAGRANGE. Chorée hystérique guérie par la solanine.

(*Poitou méd.*, sept.) — POTAIN. Paralysie hystérique chez un sujet atteint d'aortite chronique avec dilatation de la crosse aortique. (*Semaine méd.*, 20 nov.) — L. RAYNAUD. Pathogénie de l'hystérie post-grippale. (*N. Montpellier méd.*, 16 nov.) — LAURENT. De l'hystérie pulmonaire, particulièrement chez l'homme. (*Indép. méd.*, 11 déc.) — FOURNIER. Observation d'hystérie parasyphilitique. (*Soc. franç. de dermat.*, 12 déc.) — GASNE. Myopathie progressive chez un hystérique atteint d'automatisme ambulatoire. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, VIII, 6.) — JANET. Sur quelques spasmes des muscles du tronc chez les hystériques. (*France méd.*, 6 déc.) — RETER. Blépharospasme chronique d'origine hystérique chez un homme. (*Ann. of. opht.*, IV. 4.) — GRADLE. Isuffisance de la convergence d'origine hystérique. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 9 nov.) — HERMAN. Sur une forme d'hématémèse nerveuse considérée comme caractéristique de l'hystérie. (*Thèse de Paris.*) — CAPELLARI. De l'hématurie hystérique intermittente. (*Gaz. d. Osp.*, 96.) — PAMARD. Inutilité de l'ablation des ovaires, même altérés, pour guérir l'hystérie. (*Ann. de gyn.*, déc.)

I-K

Ichtyose. — HALLOPEAU et JEANSELME. Ichtyose avec hypertrophie simulant une sclérodermie. (*Soc. franç. de derm.*, 14 nov.)

Idiotie. — BOURNEVILLE et BOYER. Imbécilité prononcée d'origine congénitale, spasmes musculaires et coprolalie. (*Arch. de neurol.*, déc.) — BOURNEVILLE et LERICHE. Idiotie et épilepsie symptomatique de méningite. (*Progrès méd.*, 2 nov.) — HAUSHALTER et GUÉRIN. Idiotie compliquée de troubles cutanés et d'albuminurie, disparition des complications par la méthode thyroïdienne. (*Soc. de biol.*, 30 nov.)

Inanition. — MONTI. Sur les altérations du système nerveux dans l'inanition. (*Arch. ital. de biol.*, XXIV, 3.) — N.-A. JOUKOFF. Influence du jeûne sur le développement du système nerveux central chez les animaux nouveau-nés. (*Vratch*, 9 nov.)

Infection. — ROGER. Etude sur le sang dans la résistance aux infections. (*Arch. des Sc. méd.*, I, 1.) — PRESCHMANN. Etude de la doctrine de la contagion. (*Wien. med. Woch.*, 10 août.) — TRAMBUSTI et COMBA. Influence des altérations du système nerveux sur la localisation et le décours du processus infectieux. (*Lo Sperimentale, sez. biol.*, p. 347.) — ROMBERY. Quelle part ont le cœur et les vaso-moteurs dans les défaillances cardiaques au cours des maladies infectieuses. (*Berl. klin. Woch.*, 23 déc.) — MAXIMOWITSCH. Influence de l'infection sur la circulation sanguine et sur le pouls. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LIV, p. 143.) — GALEOZZI. Influence du choc sur les infections. (*Giorn. Acad. med. di Torino*, oct.) — HANCE. Etude sur l'infection par les poussières au sanitarium d'Adirondack. (*Med. Record*, 28 déc.) — KOROSI (J.) Rapports entre la pauvreté et les maladies infectieuses. (*Zeitsch. f. Hyg.*, XVIII.)

Injection. — ROUX. Sur les injections hypodermiques de quinine. (*Thèse de

pharm. Montpellier.) — FLEISCHL. Des injections sous-cutanées de quinine. (*Fortsch. der Med.*, XIII, 4.) — BOSREDON. De la valeur thérapeutique des injections sous-cutanées de phosphate de soude. (*Thèse de Paris.*)—SCHILLING. Des injections sous-cutanées d'huile camphrée. (*Münch. med. Woch.*, 38, p. 882.) — LÉVRIER. De la possibilité d'administrer à l'homme, par voie veineuse, les sels d'arsenic, de l'innocuité de l'arseniate de soude introduit par cette voie jusqu'à la dose de 2 cent. cubes. (*Arch. de méd. nav.*, déc.) — V. ZIEMSSEN. De la méthode d'emploi sous-cutané de l'arsenic. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LV, p. 124.) — COHNSTEIN. Des injections intraveineuses de solutions hypérisotoniques. (*Arch. f. ges Phys.*, LXII, 1.) — DE BONO. Sur les injections intraveineuses du sublimé dans la thérapeutique oculaire. (*Arch. di Ottolm.*, III, p. 125.) — C. MELLINGER et D. BOSSALENO. Sur les injections sous-conjonctivales de sublimé. (*Giorn. Accad. di medicina Torino*, décemb.)— SWIEZYNSKI. Contrôle des expériences de Grützner sur les injections rectales chez l'homme et les animaux. (*Kronika lek.*, 15 août.)

Intestin. — CHARRIN et CASSIN. Des fonctions actives de la muqueuse de l'intestin dans la défense de l'organisme. (*Soc. de biol.*, 21 déc.) — BOAS. But et voies de la pathologie intestinale. (*Wiener med. Presse*, 17 nov.) — ALBU. Des auto-intoxications du conduit intestinal. (*Berlin*, p. 215.)—BYRON ROBINSON. L'appendice et le cœcum dans 128 autopsies; nouvelle théorie sur la cause de l'appendicite. (*Med. Record*, 30 nov.) — CARSTENS. Remarques sur l'appendicite. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 9 nov.) — AYNÉS. Sur la typhlite et l'appendicite tuberculeuses. (*Thèse de Bordeaux.*)— AUSCHER. Typhlite tuberculeuse. (*Soc. anat. Paris*, 29 nov.) — RAMM. Sur l'appendice cœcal et l'appendicite. (*Norsk Magazin*, nov.) — DEAVER. Quelques points du diagnostic et du traitement de l'appendicite. (*Med. News.*, 21 déc.) — SAHLI. Pathologie et traitement de la pérityphlite. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte.*, 15 sept.) — KÜMMEL. Formes diverses de l'appendicite. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 839, 30 sept.) — SCHWARTZ. Diagnostic et traitement de l'appendicite perforante. (*Journal des Praticiens*, 16 nov.) — SCHLAFKE. Contribution à la casuistique de la pérityphlite. (*Münch. med. Woch.*, 32 et 33.) — HARRIS. La localisation des abcès appendiculaires. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 21 déc.) — HALE WHITE. Cinq cas d'abcès en connexion avec l'appendice. (*Practitioner*, nov.) — BARROWS. Gangrène de l'appendice vermiforme. (*N.-York med. j.*, 23 nov., p. 664.) — HAYDEN. Quand doit-on opérer dans les cas d'appendicite? (*Journ. Americ. med. Ass.*, 28 déc.) — DE ROUVILLE. Sur le traitement de l'appendicite aiguë. (*N. Montpellier méd.*, 7 déc.) — SCHLOSSMANN. Le traitement de la pérityphlite dans l'enfance. (*Münch. med. Woch.*, 41, p. 954.) — CABOT. Observation sur l'appendicite à rechutes; série de 32 opérations sans décès. (*Boston med. Journ.*, 26 déc.) — JULLIARD. Appendicite perforante, péritonite purulente généralisée, laparotomie, guérison. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XV, 10.) — MC GUIRE. 17 cas d'appendicite traités par l'opération. (*Med. News.*, 33 nov.) — ROUX. Sur une nouvelle série d'opérations à froid pour appendicite.—BUSCARLET. Pérityphlite à marche anormale, péritonite généralisée, laparotomie, guérison. — MAUNY. Appendicite aiguë, laparotomie. (*9e cong. franç. de chir.*) — ADENOT. Traitement chirurgical de quelques cas d'appendicite. (*Arch. prov. de chir.*, IV, 11. — LAUTARD. Un cas d'appendicite avec abcès pérityphlique opéré par un nouveau procédé. (*Ibid.*) — FEDERN. De l'atonie intestinale. (*Wiener med. Presse*, 23 juin.) — CLOZIER. Origine de l'atonie gastro-intestinale. (*Bull. méd.*, 25 déc.) — DE CÉRENVILLE. De l'entérite à streptocoques. (*Ann. suisses sc. nat.*, II, 11.)—TAVEL et EGUET. Idem. (*Ibid.*) — DELAFIELD. Diarrhée du matin. (*Med. Record*, 11 mai.) —

Buxbaum. Traitement hydriatique de la diarrhée. (*Blat. f. kl. Hydroth.*, V, 9.) — Gilbert et Dominici. L'antisepsie intestinale par la purgation. (*Soc. de biol.*, 21 déc.) — Butler. De l'entérite membraneuse. (*N.-York med. j.* 28 déc.) — White et Golding Bird. Colite membraneuse traitée par la colotomie droite. (*London clin. Soc.*, 13 déc.) — Merkel. Insufflation d'acide borique dans les affections intestinales. (*Münch. med. Woch.*, 24 déc.) — Mongour. Calcul intestinal. (*Journ. méd. Bordeaux*, 22 déc.) — Lauenstein. Des fistules gastro-intestinales. (*Jahr. Hamburg Staatskrank.*, III, p. 336.) Fraenkel. Des ulcères sténosants du gros intestin. (*Münch. med. Woch..* 24, p. 557.) — Folet. Sténose non cancéreuse du côlon descendant. (*Bull. méd.*, 18 déc.) — Michelean. Epithelioma du cœcum. (*Jour. méd. Bordeaux*, 15 déc.) — Belzer. Cancer du pylore. (*Ibid.*, 22 déc.) — Good. Etude de la formation des diverticules et des étranglements internes. (*Mitth. klin. und med. Inst. Schweiz.*, II, 8.) — Verhoef. Perforation rétro-péritonéale du côlon par arme tranchante. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 décembre.) — Murray. Rétrécissement de l'intestin par l'appendice ; obstruction, intervention, guérison. (*Med. Record*, 19 oct.) — Lower. Un cas de rupture spontanée de l'intestin. (*Ibid.*, 5 oct.) — Towsend. Un cas de rupture spontanée de l'intestin. (*Boston med. Journ.*, 12 déc.) — Landwer. Technique de l'entérorraphie. (*Berlin. klin. Woch..*, 21 oct.) — Duplay et Cazin. Sur un nouveau procédé de suture intestinale par invagination et ligature en masse sur un cylindre métallique. (*Arch. de méd.*, nov.) — Hayes. De l'anastomose intestinale. (*Lancet*, 8 déc.) — Borelius. Du bouton de Murphy. (*Hygiea*, p. 270.) — Wiggin. La méthode de Maunsell d'anastomose intestinale. (*N.-York med. j.*, 14 déc.) — Jonnesco. Un nouveau procédé pour l'application du bouton de Murphy. (*Arch. des sc. méd.*, I, 1.) — Murphy. Cent onze nouveaux cas opérés avec l'anastomose et le bouton. (*Med. News.*, 16 nov.) — Lebesgue. Nouveau procédé de résection intestinale. (*Ann. Soc. belge chir.* 15 déc.)

Iris. — Schenck. Innervation de l'iris. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 oct.) — V. Bechterew. Des dilatations de la pupille. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, VII, 5 et 6.) — Brailey. De l'iritis aux dernières période de la syphilis. (*Trans. opht. Soc.*, XV, p. 93.) — Gunn, Silcolck. Tuberculose de l'iris. (*Ibid.*, p. 102.) — Jessop. Taches pigmentaires sur l'iris. (*Ibid.*, p. 103.) — Walker. Sarcome de l'iris. (*Ibid.*, p. 189.) — Silcock. Symétrie antérieure de la pupille. (*Ibid.*, p. 193.) — Ahlstroem. Pathagénie de l'iritis. (*Beit. z. Augenh.*, 21.) — De Spéville. Gommes de l'iris. (*Soc. opht. Paris*, 3 déc.) Dor. Nouveau procédé pour l'établissement de la pupille artificielle par l'iritomie à ciel ouvert. (*Thèse de Bordeaux.*) — De Vincentiis. Le soi-disant nouveau procédé de pupille par l'iritomie à ciel ouvert. (*Rev. gén. d'opht.*, XV, 1.) — Lagrange. Nouveau procédé de pupille artificielle par l'iritomie à ciel ouvert. (*Ann. d'ocul.*, nov.) — Laqueur. De la curabilité de l'irido-choroïdite sympathique. (*Ibid.*)

Kyste. — Petrini. Tumeurs kystiques à tissus multiples. (*Arch. sc. méd.*, I, 1.) — Lenhard. Kyste dermoïde de la région mastoïdienne. (*Normandie méd.*, 1er déc.) — Gsell. (Otto). Kyste congénital à épithelium vibratile du sinus pyriforme. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte.*, nov.) — Martin. Des kystes du canal thyro-lingual ; des affections congénitales de la langue et du cou. (*Thèse de Paris.*) — Lioras. Kyste de la face interne du genou. (*Journ. méd. Bordeaux*, 3 nov.) — Heinrichs. Kystes mésentériques. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 796, 9 sept.) — Lejars. Note sur deux kystes congénitaux du raphé périnéo-scrotal. (*Gaz. hebd. Paris.*, 7 déc.)

L

Lacrymales (voies). — Bistis. Hernie traumatique de la glande lacrymale orbitaire. (*Ann. d'ocul.*, déc.) — Legg. De l'extirpation des glandes et des conduits lacrymaux. (*Corresp. bl. f. sch. Aerzte*, 15 nov.) — Triboudeau. Rôle du facial dans la sécrétion lacrymale. (*Journ. méd. Bordeaux*, 3 nov.)

Lait. — Baudoin. Etude de la contagion par le lait cru et de sa prophylaxie par le lait stérilisé. (*Thèse de Paris.*) — Lazard. Le lait stérilisé doit-il être donné pur. (*Journ. de clin. inf.*, 7 nov.) — Kober. Le lait impur et la mortalité infantile. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 7 déc.) — Blasius et Beckurts (H.) Le lait de vache stérilisé dans l'alimentation de l'enfance et de la convalescence, d'après les observations faites à la laiterie de Brunswick. (*Deut. Viertelj f. œffentl. Ges.*, XXVII, p. 527.) — Hauser. Les travaux de 1894 sur le lait et l'alimentation lactée des nourrissons. (*Fortschr. der Med.*, XIII, p. 685.) — Baum et Seliger. Innocuité de l'acétate de plomb éliminé par le lait des vaches. (*Arch. f. wissenshaft. und prakt. Thierheilk*, XXI.) — Graanboom. Emploi du lait de vache non délivrée dans l'alimentation infantile. (*Hyg. Rundsch.*, V, 1.048.) — Stutzer. Perfectionnement d'appareils pour stériliser le lait. (*Ibid.*, 15 déc.) — Rubner. Lait bouilli et lait non bouilli. (*Ibid.*) — Obermüller. Présence de bacilles tuberculeux dans le lait du commerce. (*Ibid.*) — Kerr. Modifications chimiques et physiologiques du lait par l'ébullition. (*Brit. med. j.*, 14 déc.) — Baginsky (A). Appareil de Bassfreun pour stériliser le lait par la vapeur dans les biberons mêmes. (*Berlin. klin. Woch.*, 29 juil.) — Nazaroff. Action comparée du lait et de la caséine sur la quantité des acides éthéro-sulfuriques dans l'urine et des microbes dans les selles. (*Vratch*, 2 nov.) — Winter. Constance du point de congélation de quelques liquides de l'organisme, applications à l'analyse du lait. (*Acad. des sc.*, 11 nov.) — Thomson. (B.-T.). Recherche de l'aldéhyde formique dans le lait; sa valeur comme conservateur des substances alimentaires. (*Chemik. Zeit.*, XIX.) — Thörner. Gaz du lait et de ses produits. (*Ibid.*) — Bernstein. Nouvelle boisson tirée du lait. (*Hyg. Rundsch.*, V. p. 762.) — Bourgoin. Rapport sur l'addition d'acide borique au lait. (*Cons. salubr. Seine*, 16 août.)

Langue. — Hamilton. Glossite aiguë due à l'urticaire. (*Med. Press and circ.*, nº 2949.) — Viersma. Quelques cas d'hémiatrophie de la langue. (*Nederl. Weekbl.*, II, 4.) — L. Ferrio. Sur un cas d'hémiatrophie de la langue avec paralysie de l'accessoire de ce côté. (*Riforma med.*, 2 août.) — Comby. Ulcération sublinguale et subglossite diphtéroïde indépendante de le coqueluche. (*Soc. méd. des hôp.*, 6 déc.) — Blanc. Deux cas de phlegmon souslingual avec phénomènes généraux graves et tendance à l'asphyxie. (*Union méd.*, 30 nov.) — Auguy. De la tuberculose linguale. (*Thèse de Paris.*) — Dubreuilh. Lupus tuberculeux de la langue. (*Journ. méd. Bordeaux*, 30 nov., p. 555.) — Spire. Du lupus de la langue. (*Arch. clin. Bordeaux*, déc.) — Albers. Cancer inopérable de la langue. Ligature des artères linguales et extirpation des glandes sous-maxillaires et des ganglions dégénérés par Bardeleben. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 juin.) — Depage. De

l'ablation de la base de la langue par la voie sous-hyoïdienne. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 déc.)

Laparotomie. — Ramsay. Pourquoi ouvre-t-on l'abdomen sur la ligne médiane? (*Lancet*, 30 nov.) — Tilmann. La question de la laparotomie exploratrice. (*Deut. med. Woch.*, 5 déc.) — Roux. Des sutures de la paroi abdominale après la laparotomie. (*Thèse de Lyon.*) — Groner. Une nouvelle phase de la coeliotomie. (*Americ. med. Bull.*, 1er nov.)

Larynx. — Reinke. Recherches sur la corde vocale humaine. (*Fortschr. der Med.*, XIII, p. 469.) — Grabower. Du centre d'innervation des muscles laryngés dans la moelle allongée. (*Berlin. klin. Woch.*, 23 déc.) — Rueda. Influence des maladies de l'appareil circulatoire sur la circulation des voies aériennes supérieures. (*Arch. lat. de rinol.*, nov.) — Brindel. Larynx de chien thyrotomisé depuis 5 mois et demi. (*Journ. méd. Bordeaux*, 10 nov.) — Chiucini. Miroirs laryngiens désinfectables. (*Boll. mal. dell' orecchio*, XIII, 11.) — Nicolai et della Vedova. Etudes cliniques et statistiques d'oto-rhino-laryngologie d'après 4,393 malades traités en 1894. (*Milan*). — Gevaert. Les hémorragies laryngées. (*Belgique médic.*, 42.) — Geer. Comment traiter la toux? (*N.-York med. j.*, 7 déc.) — Compaired. Laryngite aiguë intense de cause traumatique. (*El siglo med.*, 6 janv.) — Kuttner. Œdème du larynx et laryngite sous-muqueuse, étude historique et critique. (*Berlin.*) — L. Lévi et G. Laurens. Un cas d'œdème aigu primitif du larynx. (*Arch. de méd.*. déc.) — Loving. Diagnostic et traitement du faux croup. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 5 oct.) — Benda. Sur les crêtes de la muqueuse des vraies cordes vocales. (*Arch. f. Phys.*, p. 563.) — Yonge. Un cas de chordite tubéreuse. (*Manchester med. soc.*, 4 déc.) — Landgraf. Pachydermie verruqueuse de la paroi postérieure du larynx. (*Berl. klin. Woch.*. 17 juin.) — Winogradski. Sur les cautérisations du larynx avec des solutions saturées de sulfate de cuivre dans la laryngite chronique, etc. (*Vratch*, 2 nov.) — Schroeder. Des affections du larynx et du pharynx dans la fièvre typhoïde. (*Thèse de Berlin.*) — Kanthack. Nécrose et ulcération du bord de l'épiglotte, dans le cours de la fièvre typhoïde. (*London lar. Soc.*, 9 oct.) — Roper. Syphilis congénitale du palais et du larynx (*Ibid.*) — Potter. Syphilis tertiaire du larynx et du nez. (*Ibid.*) — Symonds. Ablation de la corde vocale gauche pour rétrécissement cicatriciel. (*Ibid.*) — Stoker. Paralysie de la corde gauche, syphilis, compression trachéale; deux trachéotomies, abcès vidé par la trachée, disparition de l'aphonie, de la dyspnée, persistance de la paralysie. (*Brit. lar. Assoc.*, 18 oct.) — Rosenberg (A.) Diaphragme conservateur du larynx (*Berlin. klin. Woch.*, p. 900, 14 oct.) — Koschier. Lordose cervicale avec ulcérations cricoïdiennes et sténose laryngée. (*Wiener klin. Woch.*, 14 nov.) — Merrick. Deux cas de névrose laryngée. (*Jour. Americ. med. Ass.*, 16 nov.) — Bédos. De l'ictus laryngé essentiel. (*Thèse de Paris.*) — Treupel. Les conditions de développement et le traitement des troubles moteurs hystériques du larynx. (*Berlin. klin. Woch.*, 30 déc.) — Treitel. Paralysie du récurrent. (*Soc. laryng. Berlin*, 9 nov.) — Hope. Rétrécissement laryngé par paralysie double des abducteurs, extirpation d'une corde. (*New.-York med. j.*, 21 déc., p. 800). — Egidi, Corradi et Nicolaï. Rétrécissements laryngés et leur traitement. (*Boll. mal. dell' Orecchio*, XIII, p. 289). — Fasano. Troubles laryngés en rapport avec la sphère génitale. (*Ibid.*, p. 293.) Masucci. Traitement chirurgical de la tuberculose laryngée. (*Ibid.*, p. 311.) — Knight. Laryngite terberculeuse. (*Internat. clinic.*, IV, 4e série.) — Molinié. De la dysphagie dans la tuberculose laryngée, de son traitement. (*Marseille méd.*, 1er nov.) — Barth. Lupus primitif du larynx (épiglotte,

fausse corde vocale droite et paroi postérieure) chez une fille de 21 ans. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 juin.) — Jores. Etudes des tumeurs tuberculeuses du larynx chez l'homme et le bœuf. (*Cent. f. allg. u. path. Anat.*, 11.) — Grünwald. Fistule à l'anus. Tuberculose cutanée. Nécrose tuberculeuse du cartilage cricoïde. Sequestrotomie du larynx. (*Münch. med. Woch.*, 22, p. 513.) — Chappell. Traitement de la tuberculose laryngée par application et injection sous-muqueuse de créosote au moyen d'une seringue laryngienne automatique. (*Rev. int. de rhinol.*, V, 22 et *Journ. Americ. med. Ass.*, 30 nov.) — Schadewald. Traitement de la tuberculose laryngée par les frictions de créoline. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 juin.) — Botey. La glycérine lacto-phénique dans la tuberculose laryngée. (*Rev. lat. de rinol.*, nov.) — Mackenzie. Traitement chirurgical de la tuberculose laryngée. (*Med. Record*, 7 déc., p. 815.) — Chappell. Néoplasmes laryngés (5 observations : papillome, sarcome de l'épiglotte, tumeur syphilitique du larynx, épithélioma et fibrome fasciculé). (*Manhattan eye and ear hosp. Rep.*, janv.) — Cassell. Papillomes multiples du larynx. (*Ibid.*) — Flatau. Papillome du bord de l'épiglotte. (*Soc. lar. Berlin*, 9 nov.) — Flatau. Chondrome de l'épiglotte. Kyste séreux de l'épiglotte, un cas de kyste intra-cordique. (*Ibid.*) — Delavan. Papillomes du larynx guéris par les applications d'alcool, homme de 55 ans. (*N.-York Acad. of med.*, 18 déc.) — Semon. Deux cas de tumeurs du larynx, papillome ; myxome chez une femme de 26 ans. (*London lar. Soc.*, 9 oct.) — Kanthack. Hyperplasie diffuse papillomateuse du larynx chez un enfant, trachéotomie, mort subite. (*Ibid.*) — Goerges. Un cas de papillome du larynx. (*Soc. méd. Berlin*, 4 déc.) — Noquet. Un cas de kyste de l'épiglotte. (*Bull. méd. Nord*, 9 nov.) — Mackenzie. Tumeur kystique du larynx. (*Lancet*, 7 déc.) — Farlow. Lipome polypoïde du larynx. (*N.-York med. j.*, 16 nov.) — De la Sota y Lastra. Polype muqueux de la corde vocale gauche. (*Rev. lat. de rinol.*, nov.) — Kanthack. Cancer du larynx. (*London laryng. Soc.*, 9 oct.) — Woods. Résection de la moitié du larynx pour cancer. (*Roy. Acad of med. Ireland*, 6 déc.) — Jeannel. Epithélioma du larynx, laryngectomie totale, guérison. (*Arch. méd. Toulouse*, 15 juin.) — Woods. Thyrotomie pour cancer naissant de la corde vocale. (*Méd. mod.*, 7 déc.) — Chiari. Du prolapsus du ventricule de Morgagni. (*Wiener klin. Woch.*, 4 juillet.) — Musehold. Un cas de prolapsus du ventricule de Morgagni. (*Soc. laryng. Berlin*, 7 déc.) — Scheier. Essai de statistique des blessures du larynx. (*Arch. int. de lar.*, VIII, 5.) — Unshelm. Fracture traumatique du larynx. (*Berlin. klin. Woch.*, 14 oct.) — Kirstein. Deux cas de plaie du larynx guéris. (*Soc. lar. Berlin*, 9 nov.) — Brindel. De la thyrotomie au point de vue de ses indications, de son manuel opératoire et de ses suites. (*Thèse de Bordeaux.*) — Bayeux. Note sur un perfectionnement des tubes courts. (*Journ. de clin. inf.*, 14 nov.) — L'intubation par la méthode de R. Bayeux. (*Journal des Pratic.*, 12 oct.) — Galatti. De quelques perfectionnements de l'intubation. (*Wiener med. Blätter*, 37.) — Franklin. Tubage du larynx chez un enfant de 14 mois. (*Med. News*, 23 nov.) — O'Dwyer. Tubage dans les sténoses laryngées par paralysie. (*N.-York med. j.*, 28 déc.) — Asei. Tubage et trachéotomie. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXVII, 30.)

Lèpre. — Lassar. De la lèpre. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 déc.) — Wassermann. De la lèpre. (*Ibid.*) — Mc Dougal. Deux cas de lèpre. (*Journ. Amer. med. Ass.*, 2 nov.) — Ashmead. La lèpre en Colombie. (*Ibid.*, 7 déc.) — Du Castel. Lèpre nostras. (*Soc. franç. de derm.*, 12 déc.) — Ashmead. Lèpre anesthésique et syringomyélie. (*J. of nerv. dis.*, déc.)

Leucemie. — Kolisch et Burian. Des corps albumineux de l'urine leucé-

mique, de l'histone. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXIX, 3.) — EISENMENGER. De la pseudo-leucémie. (*Wiener klin. Woch.*, 11 juil.) — KATZENSTEIN. Guérison d'un cas de pseudo-leucémie par des injections arsénicales sous-cutanées. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LV, p. 121.)

Lichen. — LEREDDE. Etude histologique sur un cas de lichen scrofulosorum. (*Soc. franç. de derm.*, 14 nov.) — TOUTON. De la névrodermite chronique circonscrite, lichen simple chronique. (*Arch. de derm.*, XXXIII, 1 et 2.)

Lipome. — PUGLIESE. Etude des lipomes cérébro-spinaux. (*Riv. sper. di freniat.*, XXI, 4.) — CHIPAULT. Les lipomes péri-craniens, 2 observations. (*Méd. mod.*, 7 déc.) — POWER. Lipome diffus de la main et des doigts. (*London path. Soc.*, 19 nov.) — ALIX. Lipome du bras (1780^{gr}) chez un Malgache. (*Arch. de méd. nav.* déc.) — FRARIER. Lipome myxomateux de la cuisse. (*Lyon méd.*, 1er déc.)

Lupus. — SCHULTZE. Par quelle méthode obtenons-nous les résultats les plus favorables et les plus sûrs dans le traitement du lupus de la face? (*Münch. med. Woch.*, 44.) — SPIRE. Du lupus lingual. (*Thèse de Bordeaux.*) — DUBREUILH et BERNARD. Traitement du lupus par les emplâtres à l'acide salicylique et à la créosote. (*Arch. clin. Bordeaux*, oct.) — BERNARD. Traitement du lupus tuberculeux par les emplâtres à l'acide salicylique et la créosote. (*Thèse de Bordeaux.*) — SCHULTZE (F.). Traitement du lupus de la face. (*Berlin. klin. Woch.*, 14 oct.) — BROUSSE. Traitement du lupus par la chloroline. (*Soc. franç. de derm.*, 12 déc.) — HALLOPEAU. Action curative de l'érysipèle sur les lupus. (*Ibid.*) — STIEDA. Traitement du lupus par l'excision de la peau et les greffes de Thiersch. (*Brit. z. klin. Chir.*, XV, 1.) — JENKES. Un cas de lupus érythémateux traité par l'usage interne du phosphore. (*Boston med. Journ.*, 28 nov.)

Luxation. — BOUSQUET. Luxation de l'épaule compliquée de fracture du col anatomique. (*Journ. méd. Bordeaux*, 5 mai.) — LAEHR (M.) Luxation axillaire et paralysie du plexus brachial d'origine traumatique. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 juil.) — MERMET. De la position couchée pour la réduction des luxations de l'épaule par la méthode de Kocher. (*Gaz. des hôpit.*, 14 nov.) — KAEFER. Luxation traumatique isolée de la tête du radius. (*Cent. f. Chir.*, 14 déc.) — HOSSACK. Luxation du carpe en arrière. (*Brit. med. journ.*, 7 déc.) — CALOT. Traitement des luxations congénitales de la hanche. (*Gaz. des hôp.*, 14 nov.) — MYERS, TAYLOR. De la luxation congénitale de la hanche. (*N.-York Acad. of med.*, 20 déc.) — LAUNAY et MOUCHET. Deux autopsies de luxation ischiatique de la hanche. (*Soc. anat., Paris*, 26 juil.) — HOFFA. Résultats des opérations pour luxations congénitales de la hanche. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 juin.) — LESER. Traitement opératoire des luxations congénitales de la hanche. (*Ibid.*, 11 nov.) — APPEL. Cas rare de luxation paralytique de la hanche. (*Münch. med. Woch.*, 40.) — SCHOU. Traitement de la luxation congénitale de la hanche. (*Ugesk f. Läger*, R. 5, II, p. 793.) — APPEL. Luxation congénitale de la rotule. (*Münch. med. Woch.*, 25.)

Lymphatique. — TSCHEREWKOW. Influence de la saignée sur le cours de la lymphe dans le canal thoracique. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXII, 6 et 7.) — ASHER. La formation de la lymphe. (*Corresp.-Bl. schw. Aerzte*, 15 juillet.) — KOSSEL. Des cellules lymphatiques. (*Berl. klin. Woch.*, 17 sept.) — RANVIER. Structure des ganglions mésentériques du porc. (*Acad. des sc.*, 2 déc. et *Soc. de biol.*, 30 nov.) — DZIERZAWSKI. Sur les ganglions lymphe-

tiques de la joue. (*Kron. lek.*, 15 sept.) — GEROTA. Les vaisseaux lymphatiques du rectum et de l'anus. (*Arch. f. Anat. u. Phys.*, 4 et 5.) — GAURICHON. La fièvre ganglionnaire. (*Thèse de Paris.*) — CAILLET. Tuberculose généralisée des ganglions lymphatiques. (*Bourgogne méd.*, juin.) — RUDLER. De la lymphadénie, maladie infectieuse. (*Thèse de Lyon*). — RITSCHL. Lymphangiome des muscles striés, main et bras, deux cas. (*Beit. z. klin. Chir.*, XV, 1.) — ZAWADZKI. Cas de lymphosarcome des intestins, du cerveau et des ganglions cervicaux. (*Kron. lek.*, juin.)

M

Main. — PÉRAIRE. 2 nouveaux cas de kystes épidermiques traumatiques de la face palmaire des doigts. (*Soc. anat. Paris*, 26 juil.) — LAFOURCADE. 2 cas de fibromes sous-cutanés de la paume de la main. (*Soc. anat. Paris*, 25 oct.) — BENNETT. Les lésions du pouce. (*Dublin journ.*, 4 déc.) — SCHMITT. Du mode de production du doigt à ressort. (*Münch. med. Woch.*, 22, p. 509.) — ATGIER. Polydactylie. (*Bull. Soc. méd. Angers*, p. 54, 1er semestre.) —

Maladie. — BILLROTH. Les soins à donner aux malades à l'hôpital et à la maison. (*Vienne*, 294 p., 1896.) — JESSER. Météorologie et maladies. (*Hyg. Rundsch.*, V, 966, 15 oct.)

Maladies professionnelles. — ALTSCHUL. La maladie des plongeurs, 5 cas de troubles variés, un 6e avec paralysie médullaire. (*Wien. med. Woch.*, 16 nov.) — BECK. Etat des poumons chez les tailleurs de pierres. (*Viertelj. f. gericht. Med.*, oct.)

Malformation. — BELLOT. Malformation cardiaque fœtale. (*Soc. anat. Paris*, 13 déc.) — APERT. Malformations congénitales multiples causées par la compression utérine dans un cas d'oligamnios. (*Ibid.*, 20 déc.) — JOACHIMSTHAL. Absence congénitale des os longs du bras et de l'avant-bras. (*Deut. med. Woch.*, 26 déc.) — ALTMANN. Malformation rare des extrémités inférieures. (*Ibid.*) — METTENHEIMER. Duplicité des organes génitaux avec atrésie anale chez un nouveau-né. (*Arch. f. Gyn.*, L, 2.) — FÉRÉ. Sur les difformités observées dans la descendance d'animaux infectés. (*Soc. de biol.*, 9 nov.) — STADERINI. Un pouce avec trois phalanges ; une main avec sept doigts chez l'homme. (*Arch. ital. de Biologie*, XXIII, p. 84.)

Mamelle. — DAYOT. Lobule aberrant de la glande mammaire situé dans l'aisselle. (*Bull. soc. sc. de l'Ouest*, IV, 3.) — RAPIN. Opération pour remédier à la forme ombiliquée des mamelons de nourrices. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XIV, 9.) — DIRIART. Galactocèle. (*Soc. anat. Paris*, 18 oct.)— J. HOBBS. Mastite chronique d'origine traumatique chez l'homme. (*Journ. méd. Bordeaux*, 3 nov.) — MOLINIER. Traitement des crevasses du sein par le gaïacol. (*Journal de méd. et de chir. pratiq.*, 10 nov.) — KAARSBERG. Traitement de la mammite. (*Hosp. Tidende*, p. 573.) — GAUTIER. Anatomie pathologique et pathogénie de la tuberculose mammaire chez la femme. (*Thèse de Bordeaux.*) — SNOW. Dégénérescence kystique de la mamelle, 3 cas avec récidive du côté opposé. (*Lancet*, 16 nov.) — ROTTER. Cancer du sein. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 858, 30 sept.) — OLIVIER. Cancer gélatineux

du sein avec corps calcaires. (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, XVII, p. 640.) — Petit de Régis. De quelques points relatifs à la récidive et aux voies suivies par la généralisation des cancers du sein chez la femme. (*Thèse de Paris.*) — Labbé. Epithélioma du sein, récidive, généralisation atteignant les racines médullaires, paraplégie douloureuse, mort. (*Soc. anat. Paris*, 22 nov.) — Bryant. Diagnostic et traitement du cancer au début et des kystes de la mamelle. (*London med. Soc.*, 9 déc.) — Sanderson. Traitement chirurgical des affections malignes du sein. (*Lancet*, 21 déc.)

Massage. — Colombo. Action du massage sur les sécrétions glandulaires. (*Sperimentale*, sez. clin., 4, p. 69.) — Krafft. Le massage des contusions et entorses fraîches. (In-8°, p. 152, *Lausanne*, 1896.) — Kummerling. Technique du massage abdominal. (*Wiener med. Woch.*, 30 nov.) — Bum. Idem. (*Ibid.*, 7 déc.) — Roubinstein. Valeur thérapeutique du massage gynécologique appliqué aux malades ambulantes. (*Thèse de St-Pétersbourg.*)

Maxillaire. — Baur. Morphologie de la mâchoire inférieure des reptiles. (*Anat. Anz.*, XI, 13.) — Law. Double sinusite maxillaire. (*Brit. lar. Assoc.*, 18 oct.) — Flatau. 2 cas d'empyème de l'antre d'Highmore. (*Soc. lar. Berlin*, 9 nov.) — Newland Pedley. Traitement de la suppuration de l'antre, ouverture permanente dans les cas rebelles. (*Guy's hosp. Rep.*, LI, p. 85.) — Freeman. Traitement opératoire de l'empyème de l'antre d'Higmore. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 30 nov.) — Liaras. Constriction permanente des mâchoires. (*Journ. méd. Bordeaux*, 29 déc.) — Targett. Résection pour ankylose temporo-maxillaire suite d'otorrée. (*Hunterian Soc.*, 13 nov.) — Fond. Traitement de l'ankylose temporo-maxillaire par l'ostéotomie de la branche montante suivie d'interposition musculaire. (*Thèse de Lyon.*) — Gluck. Opération prothétique pour myxofibrosarcome récidivé du corps de la mâchoire chez un garçon de 12 ans. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 août.) — Hofmeister. Exostoses du maxillaire inférieur. (*Ibid.*, 21 oct.)

Médecine. — Augier. Rôle du médecin dans la société. (*Thèse de Bordeaux.*) — E. Roth. Situation et devoirs des médecins communaux. (*Deutsche Viertelj. f. oeffentl. Gesundh.*, XXVII, p. 539.) — Windrath. La médecine sous l'empire du système bactériologique. (*Bonn.*) — Geigel et Voit. Traité des méthodes d'examen clinique. (P. 470, *Stuttgart.*) — Charrin. L'enseignement de la clinique. (*Semaine méd.*, 16 nov.) — Potain. La consultation dans les cliniques de la Faculté. (*Rev. scient.*, 16 nov.) — Dron. Compte rendu du service médical de l'Exposition de Lyon en 1894. (*Lyon méd.*, 1er déc.)

Médecine (hist.). — Duclaux. L'œuvre de Pasteur. (*Rev. scient.*, 23 nov.) — Coriveaud. Notice sur Pasteur. (p. 42, *Bordeaux.*) — Frankland. Pasteur et son œuvre. (*Brit. med. j.*, 5 oct.) — Husemann. Sur une maladie endémique à Gottingue au xvie siècle qu'il faut considérer comme la trichinose. (*Wiener med. Blätter*, 33.) — Heineke. Von Bardeleben. (*Deut. Zeit. Chir.*, XLII, 3.) — Kohler. Adolphe v. Bardeleben. (*Arch. f. klin. Chir.*, LI, 2.) — Kurz. Georgius Pictorius de Villingen, médecin du xvie siècle. (*Fribourg en Brisgau et Leipzig.*) — Magon. Les anatomistes provençaux. (*Marseille méd.*, 1er déc.) — Lehmann-Nitsche. La chirurgie préhistorique. (*Arch. f. klin. Chir.*, LI, 4.) — Mumford. L'enseignement des anciens chirurgiens. (*Boston med. journ.*, 3 oct.) — Senn. La chirurgie et les instruments chi-

rurgicaux à Pompéi. (*Med. News*, 28 déc.) — CHIPAULT et DALEINE. Le traité des fractures du crâne de Bérenger de Carpi. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, VIII, 6.) — WILDER. Les lacunes cérébrales de deux philosophes, Wright et Oliver. (*Journ. of nerv. dis.*, nov.) — HERRGOTT. Soranus et Morchion. (*Normandie méd.*, 15 nov.) — WYETH. Marion Sims et ses travaux. (*Med. Record*, 16 nov.) — JANEWAY. Les progrès de la médecine. (*Ibid.*, 7 déc.) — STERNBERG. Du progrès en médecine. (*Ibid.*, 12 oct.) — KNOTT. La médecine et la chirurgie des poèmes homériques. (*Dublin journ.*, déc.) — ANDREWS. Les maladies, le décès et l'autopsie de Napoléon Ier. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 21 déc.) — CABANÉS. Le cabinet secret de l'histoire entrouvert par un médecin. (In-16, 215 p., *Paris.*) — LAFEUILLE. La Faculté de médecine dans l'ancienne Université de Cahors. (*Thèse de Lyon.*) — LEGUÉ. Médecins et empoisonneurs au XVIIe siècle. (In-18, 284 p., *Paris.*) — GRASSET. Le médecin de l'amour au temps de Marivaux, étude sur Boissier de Sauvages. (In-8°, 222 p., *Paris.*)

Médecine légale. — K.-J. SEYDEL. Guide de médecine légale. (*Berlin.*) — JOACHIM. Remarques sur le projet prussien de taxe des honoraires médicaux. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 juin.) — MUGDAN. Quelques remarques sur le nouveau projet prussien de taxe des honoraires. (*Ibid.*, 3 juin.) — GOLEBIEWSKI. Procédés de mensuration en usage dans les accidents professionnels. (*Ibid.*, p. 780, 3 sept.) — WHITE. Les globules rouges du sang en médecine légale. (*Med. leg. journ.*, XII, 4.) — BEAULIER. Des lésions traumatiques du crâne en médecine légale. (*Thèse de Lyon.*) — HOUGH. Les signes post-mortem de l'asphyxie par submersion. (*Boston med. journ.*, 24 oct.) — MONTAGNÉ. Etude médico-légale sur la strangulation manuelle. (*Thèse de Lyon.*) — LAUTERBACH. Trois cas de suicide par pendaison dans une famille neuropathique héréditaire. (*Wiener med. Presse*, 17 nov.) — BALLET. Inculpés auto-accusateurs. (*Soc. de méd. lég.*, 9 déc.) — GARNIER. Rapport médico-légal sur un impulsif au feu. (*Bourgogne méd.*, déc.) — KOB. Rapport médico-légal sur un cas d'inculpation d'infanticide (enfant ayant respiré et ayant succombé à une asphyxie de cause inconnue). (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, X, 37, juil.) — Fritz STRASSMANN. 4 rapports médico-légaux sur des actes délictueux commis par des épileptiques : 1° tentative de meurtre par une mère sur son enfant (inhalation de 10 gr. de chloroforme); 2° exhibitionniste ; 3° projection d'encre sur les robes des femmes ; 4° larcin (*Ibid.*, X, 81,) — WOLFFBERG. Rapport médico-légal sur un cas d'empoisonnement chronique pouvant faire penser soit à de l'arsenicisme, soit à de l'alcoolisme. (*Ibid.*, X, 15,) — J. KOHLER. Rapport médico-légal sur un cas de catarrhe gastrique imputé à des émanations de gaz d'éclairage. (*Ibid.*, X, 159,) — WAHNCARI. Rapport médico-légal sur un cas d'attentat aux mœurs suivi de meurtre par strangulation commis par un garçon de 17 ans sur une fillette de 5. (*Ibid.*, IX, 298.) — SUSSKAND. Etude médico-légale des plaies de l'œsophage. (*Ibid.*, supplément de 1895.) — LITTHAUER. Etude médico-légale des plaies de tête par armes à feu. (*Ibid.*) — HABERDA. Rapport sur un cas de meurtre par coups de marteau sur la tête. (*Ibid.*) — J. BORNTRAEGER. Signe éventuel de la mort par submersion. (*Ibid.*) — A. MERCKLIN. Simulation d'affaiblissement de la mémoire. (*Ibid.*) — CHLUMSKY. Rapport médico-légal sur un cas de folie supposée. (*Ibid.*) — KORTMANN. Isolement des malades atteints d'affections contagieuses. (*Ibid.*) — GUDER. Simulation de paralysie par béquilles. (*Ibid.*) — SCHAEFFERT. Un cas de tuberculose de la moelle provoqué par un traumatisme. (*Ibid.*, X, p. 29.) — WAGNER. Chute, tuberculose articulaire, puis tuberculose pulmonaire. (*Ibid.*, p. 385.) — SCHAEFER. Déterminisme et libre arbitre, responsabilité des exhibitionnistes. (*Ibid.*,

X, p. 99.) — HAENNIUS. Rapport médico-légal chez un incendiaire triple assassin. (*Ibid.*, oct.) — MICHEL. Un dépècement criminel de cadavres. (*Ibid.*, oct.) — HOBEIN. Etude médico-légale des blessures du genou. (*Ibid.*, oct.) — EBSTEIN. Trauma et maladies de l'estomac avec considérations spéciales au sujet de la loi sur les assurances contre les accidents. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LIV, p. 442.) — CAPOULADE. Rapport médico-légal sur une lésion de la moelle épinière par coup de couteau, suivie de guérison. (*N. Montpellier méd.*, n° 40, 5 oct.) — FOURNIER, KOHNE et GILLES DE LA TOURETTE. Rapport médico-légal sur un militaire déserteur atteint d'automatisme ambulatoire. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, VIII, 6.) — CROTHERS. La responsabilité dans l'ébriété provoquée par l'opium et la cocaïne. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 7 déc.) — DELENS, LAUGIER et Ch. VIBERT. Rapport médico-légal sur une affaire de transfusion du sang avec guérison du sujet transfusé et mort du transfuseur. (*Ann. d'hyg. publ.*, oct.) — MOTET. Mesures de sécurité sociale contre les coupables irresponsables. (*Ibid.*, août.) — VALLON. Fétichiste honteux, rapport médico-légal. (*Ibid.*, déc.) — LEGRAIN. Traumatismes et diathèses ; responsabilité civile. (*Ibid.*, juin.) — CHAULET. Tentative de suicide et de parricide, rapport médico-légal. (*Ibid.*, déc.)

Médecine militaire. — SPERLING. Des écoles de médecine militaire prussiennes à notre époque. (*Deut. med. Woch.*, 5 déc.) — KROCKER. Les résultats des mesures sanitaires dans l'armée. (*Ibid.*) — VIRY. Principes d'hygiène militaire. (In-8°, 720 p. *Paris*, 1896.) — SMART. Sur l'hygiène militaire. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 21 déc.) — HENNING. Influence du service militaire sur le développement physique des hommes. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — ZUNTZ. Influence de la charge portée, sur les échanges nutritifs et les fonctions des soldats pendant la marche. (*Arch. für Phys.*, p. 379.) — VON MEDEM. Rapport de la commission russe sur les soins de la vision des élèves des établissements d'instruction militaire. (*Zeistr. Schulgesund.*, VIII.) — LÉMURE. Morbidité et mortalité pendant l'expédition de Madagascar. (*Ann. d'hyg.*, déc.) — COMMENGE. Les maladies vénériennes dans les armées anglaise, française et russe, réglementation et liberté de la prostitution. (In-8°, 47 p., *Paris.*) — RONCORONI. L'épilepsie chez les militaires. (*Arch. di psich.*, XVI.) — ROUSSEL. Postes et passages des blessés à bord. (*Arch. de méd. nav.*, déc.) — KOEHLER. Pièces de plaies de guerre, armes à feu, sabres, etc. (*Berlin. klin. Woch.*, 4 mars.)

Mélanose. — DE NICOLAS DU PLANTIER. Tumeurs mélaniques des doigts et des orteils. (*Thèse de Bordeaux.*)

Méninge. — JACQUES. Sur l'innervation de la dure-mère cérébro-spinale chez les mammifères. (*Journ. de l'anat.*, nov.) — GALLIARD. Contribution au diagnostic du méningisme. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 27 déc.) — NOBLET. Du méningisme. (*Thèse de Paris.*) — KRANNHALS. Des affections méningitiformes sans lésions anatomiques correspondantes. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LIV. p. 89.) — LORRAIN. Méningite aiguë à staphylocoques. (*Gaz. des hôp.*, 10 déc.) — CLAUDE. Méningite suppurée à staphylocoques chez un vieillard, kyste du corps pituitaire. (*Soc. anat. Paris*, 21 juillet.) — GRAZZI. Surdité complète par méningite aiguë diplococcique. (*Cong. d'otol. Florence*, sept.) — H. JAEGER. Contribution à l'étiologie de la méningite cérébro-spinale épidémique. (*Zeitsch. f. Hyg.*, XIX.) — D. QUADRI. Sur une épidémie de méningite cérébro-spinale. (*Riforma med.*, 7 août.) — BULLARD. Diagnostic de la pachyméningite interne hémorragique. (*Journ. of nerv. dis.*, nov.) — RIGHI. La sérothérapie dans la méningite. (*Riforma med.*, 26 août.) — ROSSI. Etude anatomique et histologique sur un cas d'hydro-

méningocèle sacrcé. (*Lo Sperimentale sez. biol.*, p. 266.) — TILMANN. Traitement de la méningocèle. (*Berlin. klin. Woch.*, 2 déc.)

Menstruation. — GEBHARD, WENDELER. Modification de la muqueuse utérine pendant la menstruation. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 mars et 29 avril.) — DONNART. Considérations sur la menstruation d'après les observations faites dans le sud-ouest de la France. (*Thèse de Bordeaux.*) — NAECKE. Influence de la menstruation sur les psychoses chroniques. (*Arch. f. Psych.*, XXVIII, 1.) — SHERMAN. Valeur du viburnum prunifolium dans le traitement de la dysménorrée. (*Edinb. obst. Soc.*, 11 déc.)

Moelle. — IS. MARTIN. La structure interne de la moelle épinière chez le poulet et chez la truite. (*La Cellule*, XI, 1.) — VAN GEHUCHTEN. La moelle épinière de la truite. (*Ibid.*) — GABRI. A propos des cellules radiculaires postérieures de Lenhossek et Ramon y Cajal. (*Monit. zool. ital.*, VI, 10 et *Arch. ital. de biol.*, XXIV, 3.) — ATHIAS. Cellules nerveuses en développement dans la moelle épinière du têtard de la grenouille. (*Journ. de l'anat.*, nov.) — DE MASSARY. Quelques modifications de structure des racines spinales. (*Soc. de biol.*, 21 déc. et *Rev. neurol.*, 15 déc.) — SCHIFF. Indépendance anatomique des pyramides et des cordons pyramidaux démontrée expérimentalement. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 oct.) — STEINACH. Fonctions motrices des racines spinales. (*Arch. f. ges. Phys.*, LX, 9 et 10.) BOTTAZZI. De l'hémisection de la moelle. (*Riv. sper. di freniat.*, XXI, 4 et *Arch. ital. de biol.*, XXIV, 3.) — EWALD et GOLTZ. Effets de l'ablation de la moitié inférieure de la moelle chez les chiens. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 963, 30 sept.) — WILLIAMSON. Des rapports des maladies de la moelle avec la distribution et les lésions des vaisseaux. (Broch., *Londres*.) — CENI. Les altérations de l'écorce cérébrale dans les lésions de la moelle épinière. (*Arch. ital. de biol.*, XXIV, 3, p. 471.) — DEJERINE et SOTTAS. Sur un cas de dégénérescence rétrograde des fibres pyramidales de la moelle dans les cordons antérieurs et latéraux. (*Arch. de phys.*, VIII, 1.) — MINOR. De l'hématomyélie centrale. (*Arch. f. Psych.*, XXVIII, 1.) — BABES et VARNALI. Des myélites infectieuses. (*Arch. des sc. méd.*, I, 1.) — DE GRANDMAISON. Des myélites traumatiques à évolution lente. (*Méd. moderne*, 25 déc.) — BOULOGNE. Un cas de paralysie spinale aiguë de l'adulte. (*Bull. méd. Nord*, 9 nov.) — BUCCELLI. Paralysie spinale antérieure aiguë et subaiguë de l'adulte. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXXIV, 1.) — BALLET et DUTIL. Paralysie ascendante aiguë symptomatique d'une myélite diffuse ascendante. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 25 oct.) — M'HUGH. Observations de syringomyélie. (*Roy. Acad. of med. Ireland*, 13 déc.) — SCHULTZE. Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la syringomyélie dans ses rapports avec le gliome du cerveau. (*Neurol. Cent.*, XIV, 20.) — HOFSTAELLER. Syringomyélie. (*Berlin. klin. Woch.*, 14 oct.) — BREGMAN. Diagnostic de la syringomyélie. (*Neurol. Cent.*, 15 sept.) — LOOS. Le traitement de la poliomyélite aiguë. (*Wiener med. Blätter*, 37.) — BOULOGNE. Sclérose en plaques à début apoplectique. (*Bull. méd. Nord*, 27 déc.) — DEJERINE et SOTTAS. Un cas de paraplégie spasmodique acquise par sclérose primitive des cordons latéraux. (*Soc. de biol.*, 30 nov.) — BAILEY. Un cas d'analgésie générale avec symptômes de sclérose du tractus pyramidal et des cordons de Goll. (*Med. Record*, 28 déc.) — COLLINS. De la sclérose latérale amyotrophique, 2 cas avec autopsie, dans l'un, myélite tuberculeuse cervicale et nécrose perforante de la moelle dorsale. (*Journ. of nerv. dis.*, nov.) — HIRSCH. Sclérose latérale amyotrophique. (*J. of nerv. dis.*, déc.) — GOEBEL. Un cas d'apoplexie spinale. (*Münch. med. Woch.*, p. 957.) — DEGROOTE. Essai critique sur la lombo-ponction dans les affections du système nerveux cérébro-spinal.

(*Thèse de Bordeaux.*) — Voigt. Des causes du tabes. (*Cent. f. Nervenh.*, nov.) — Leimbach. Statistiques sur la symptomatologie du tabes. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, VII, 5 et 6.) — Moxter. Le tabes maladie du neurone. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXIX, 3.) — L. Bregman. L'état actuel de la science sur le tabes. (*Kronika lek.*, fév.) — Luys. Note pour servir à l'étude historique de l'anatomie locomotrice. (*Journ. de méd. Paris*, 8 déc.) — Zeri. Altérations des centres nerveux dans le tabes. (*Riv. sper. di freniat.*, XXI, 4.) Linke. Un cas de paralysie (tabétique) secondaire avec dégénérescence dans le tractus antéro-latéral. (*Cent. f. Nervenh.*, nov.) — Westphal. Ataxie locomotrice avec pied tabétique. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 794, 9 sept.) — Raymond et Nageotte. 2 cas de tumeur du canal rachidien comprimant la moelle. (*Journ. de neurol. Bruxelles*, 20 déc.) — Mueller. Contribution à l'anatomie pathologique des tumeurs de la moelle épinière et de ses méninges. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LIV, p. 472.) — Juergens. Kyste du filament terminal de la moelle chez un épileptique. (*Berlin. klin. Woch.*, 1er juillet.) — L. Bruns. Etude clinique et anatomo-pathologique sur la chirurgie des tumeurs de la moelle. (*Arch. f. Psych.*, XXVIII, 1.)

Môle. — Tardif. Trois môles hydatiformes. (*Bull. Soc. méd. Angers*, p. 32, 1er semestre.) — Jagot. Observation de môle hydatiforme diagnostiquée. (*Ibid.*, p. 27.) — Marchand. Structure des môles vésiculeuses. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 oct.)

Monstre. — Gampert. Monstre acéphalien acardiaque, sans extrémités supérieures et à extrémités inférieures rudimentaires. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XV, p. 225.) — Kempe. Jumeaux mâles thoracopages avec un seul cœur, transposition des viscères chez un des deux. (*Brit. med. j.*, 7 déc.) — Jagot. Monstre anencéphale. (*Bull. Soc. méd. Angers*, p. 31, 1er semestre.) — Baudry. Monstre lécosomien agénosome. (*Bull. soc. sc. de l'Ouest*, IV, 4.)

Morve. — Leblanc. Documents concernant l'emploi de la malléine. (*Rec. de méd. vét.*, 15 nov.) — Foth. La malléine et son importance pour le diagnostic de la morve. (*Fortsch. der Med.*, XIII, p. 637.) — Frederikse. Valeur diagnostique de la malléine. (*Hyg. Rund.*, V, 103.) — Heyne. Résultats des inoculations de malléine dans le district de Posen en 1893 et 1894. (*Ibid.*, V, 856.) — Albrecht. Résultats des inoculations de malléine. (*Deut. thier. Woch.*, 36.)

Muscle. — Rutherford. Structure et contraction de la fibre musculaire striée. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 oct.) — Schultz. Structure des muscles lisses des vertébrés (à l'exclusion des poissons). (*Arch. f. Physiologie*, p. 317.) — Schultz. Sur la prétendue musculature lisse des vertébrés. (*Ibid.*, p. 388) — Fischel. Développement des muscles ventraux et des extrémités des oiseaux et des mammifères. (*Morphol. Jahrb.*, XXIII, 4.) — Poirier. Sur les muscles élévateurs de la glande thyroïde. (*Soc. anat. Paris*, 8 nov.) — Juvara. Etude anatomique du muscle fléchisseur superficiel des doigts. (*Arch. des sc. méd.*, I, 1.) — Gaulh. Processus d'accroissement spéciaux des muscles. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er oct.) — Asher. Physiologie des organes moteurs terminaux. (*Zeit. f. Biol.*, XIV, 4.) — Imbert. Sur le mécanisme de la contraction musculaire. (*Acad. des sc.*, 9 déc.) — Bernstein. Spectre du muscle strié en contraction. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXI, 6.) — Speck. Origine de la force musculaire. (*Arch. f Phys.*, p. 461.) — J. V. Kries. Mécanique du muscle strié. (*Ibid.*, p. 142.) — Munk. Influence d'un travail musculaire excessif sur l'excrétion des substances minérales et des acides sulfo-conjugués. (*Ibid.*, p. 385.) — Fick.

Du travail mécanique des muscles dans la contraction. (*Verhandl. phys med. Ges. Würzburg*, XXIX, 7.) — STOKVIS. Influence de l'usage du sucre sur le travail musculaire. (*Brit. med. j.*, 23 nov.) — MOSSO, HARLEY. Le sucre aliment du muscle. (*Ibid.*) — DU BOIS-REYMOND. Action des muscles intercostaux internes. (*Soc. de phys. Berlin*, 25 oct.) — DAYOT. Formation musculaire insolite de la face dorsale des deux mains, muscles manieux chez un homme de 28 ans. (*Bull. Soc. sc. de l'Ouest*, IV, 3.) — TCHIGAIEFF. Rôle du travail musculaire dans le développement de l'artério-sclérose. (*Vratch*, 13.) — SCHETALOW. Un cas de paramyoclonus multiple de Friedreich. (*Münch. med. Woch.*, 30, p. 696.) — PLACZEK. Un cas de paramyoclonus multiple. (*Soc. de méd. Berlin*, 4 déc.) — BERNHARDT. Forme familiale de dystrophie musculaire progressive, combinaison avec la paralysie paroxysmique périodique. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, VIII, 1 et 2.) — CRAMER. Anatomie pathologique de l'atrophie musculaire progressive. (*Cent. f. allg. Path.*, VI, 14.) — Pierre MARIE. Sur la déformation thoracique en taille de guêpe, chez certains myopathiques. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 6 déc.) — PARADIES. Des hernies musculaires. (*Int. med. phot. Monat.*, 6.) — NOVÉ-JOSSERAND. Sur les tumeurs conjonctives des muscles striés et en particulier sur le fibrome dissociant à évolution maligne. (*Thèse de Lyon.*) — BLANC et WEINBERG. Myome dermique de la cuisse. (*Soc. anat. Paris*, 19 juillet.) — PASTEAU. Sarcome musculaire primitif de la cuisse. (*Soc. anat. Paris*, 15 nov.) — IMMERMANN. Cas de myosite ossifiante progressive. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, juil.)

Mycosis. — ROBERTS. Observation de mycosis fongoïde. (*Lancet*, 23 nov.) — PHILIPPSON. Mycosis fongoïde typique avec localisation interne. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXX, 4.) — HERLA. Sur un cas de pneumo-mycose chez l'homme. (*Bull. acad. méd. Belgique*, IX, 10.)

Myopie. — AXENFELD. Myopie et hypermétropie simultanées congénitales du même œil par coexistence d'un kératocone et d'une cornée courbée en sens opposé. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 oct.) — TRIEPEL. La vision des myopes. (*Graefe's Archiv.*, XLI, 3.) — E. VALUDE. Traitement opératoire de la myopie progressive. (*Bull. méd.*, 25 déc.) — VOSSIUS. Traitement chirurgical de la myopie, de l'ablation du cristallin. (*Beit. z. Augenh.*, 18.) — JOHNSON, WRAY. L'extraction du cristallin dans la myopie intense. (*Trans. opht. soc.*, XV, p. 233 et 239.) — PFLÜGER. Traitement de la myopie intense par l'extraction du cristallin. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 oct.) — HAAG. Extraction du cristallin pour myopie, (*Ibid.*, 1er sept.)

Myxœdème. — COMBE. Myxœdème infantile. (*Rev. méd. Suisse romande*, XV, p. 669.)

N

Nævus. — WERNER et JADASSOHN. Des nævi systématiques, étude clinique, histologie, localisation. (*Arch. f. Dermat.*, XXXIII, 3.) — DELBANCO. Nœvus épithélial. (*Monat. f. prakt. Derm.*, XXII, 3.) — MEISSNER. Du nævus verrucosus. (*Dermat. Zeitz.*, II, 5.)

Nerf. — LEYDIG. Les nodules terminaux des nerfs. (*Anat. Anzeiger*, XI, 13.) ZACHARTCHENKO. Structure et fonctions des nerfs. (*Vratch*, 14 déc.) — BOCCARDI et Santi RINDONE LO RE. Structure de la fibre nerveuse myélinique périphérique. (*Atti Accad. med. Napoli*, XLVIII, 2.) — SALA. Structure des nerfs périphériques. (*Arch. ital. de biol.*, XXIV, 3.) — POPOWSKY. Développement du nerf facial chez l'homme. (*Morphol. Jahrb.*, XXIII, 3.) — DE BERARDINIS. Sur la névroglie du nerf optique. (*Monit. zool. ital.*, VI, 10.) — STADERINI. Sur l'origine réelle du nerf hypoglosse. (*Int. monat. f. Anat.*, XIII, 4.) — Mme MONTI. Des nerfs du tube digestif des poissons. (*Arch. ital. de biol.*, XXIV, 2.) — HELLER. Méthode de préparation des nerfs de la peau. (*Berl. klin. Woch.*, 16 déc.) — SACHSALBER. Formation de glandes dans le nerf optique. (*Beit. z. Augenh.*, 21.) — LANGLEY et ANDERSON. L'innervation des viscères pelviens. (*Jour. of Phys.*, XIX, 1 et 2.) — BRADBURY. Quelques nouveaux vaso-dilatateurs. (*Brit. med. j.*, 16 nov.) — MORAT. Le système nerveux et la nutrition; les nerfs thermiques. (*Rev. scient.*, 19 oct.) — TENGWALL. Réflexes par les nerfs sensitifs des muscles. (*Skand. Arch. f. Phys.*, VI, 4.) — CHARPENTIER. Etude des interférences qu'on peut obtenir dans l'excitation faradique unipolaire des nerfs moteurs. (*Arch. de Phys.*, VIII, 1.) — ARLOING. Persistance de l'excitabilité dans le bout périphérique des nerfs après la section, application à l'analyse de la portion cervicale du pneumogastrique (*Ibid.*) — CHARPENTIER. Faits complémentaires relatifs aux excitations faradiques unipolaires. (*Ibid.*) — SCHATERNIKOW. Excitation des nerfs par des électrodes à 3 branches; irritabilité propre du tissu musculaire. (*Cent. f. med. Wiss.*, p. 449.) — DANILEWSKY. Sur l'excitation électrique tripolaire des nerfs. (*Cent. für Phys.*, IX, p. 390.) — LANGLEY. Effets de l'excitation du sympathique abdominal sur les muscles érecteurs des poils. (*Berl. klin. Woch.*, p. 963, 30 sept.) — WALLER. Influence des médicaments sur l'excitabilité des nerfs. (*Ibid.*, 963, 30 nov.) — BORULTAN. Propagation de l'excitation des nerfs. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er octobre.) — SHERRINGTON et MOTT. Résultat de la section des racines postérieures du nerf rachidien chez les singes. (*Ibid.*, 15 oct.) — OEHL. Nouvelles expériences touchant l'influence de la chaleur sur la rapidité de transmission du mouvement nerveux chez l'homme. (*Arch. ital. de biol.*, XXIV, 2.) — E. CAVAZZANI et STEFANI. Si le moignon central d'un nerf peut s'unir au moignon périphérique d'un nerf plus long et si, lorsque cette union a eu lieu, celui-ci conserve ses propriétés physiologiques dans toute sa longueur. (*Arch. ital. de biol.*, XXIV, 3.) — ZIEGLER. De la régénération du cylindraxe des nerfs périphériques. (*Arch. f. klin. Chir.*, LI, 4.) — GLUCK. De la régénération des nerfs après résection. (*Berl. klin. Woch.*, 15 juill.) — FOINSTZLER. Influence des nerfs sur la guérison des lésions traumatiques des muscles volontaires. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — ROGET. Atrophie musculaire de la main par névrite traumatique. (*Loire méd.*, 15 déc.) — SIMPSON. Névrite multiple, suite de longue course à bicyclette. (*N.-York med. j.*, 14 déc.) — MARINESCO. Les polynévrites en rapport avec la théories des neurones. (*Soc. de biol.*, 30 nov.) — BABINSKI et ZACHARIADES. Paraplégie crurale par mal de Pott dorsal, névrites périphériques des membres inférieurs. (*Ibid.*, 9 nov.) — LESYNSKY. Névrite du plexus brachial, suite de pneumonie. (*J. of nerv. dis.*, déc.) — HAMMOND. Série de cas de névrite multiple chez des enfants. (*Ibid.*, déc.) — BLUMENAU. Sur les névrites périphériques : pseudo-tabes ou névrite mercurielle. (*Vratch*, 26 oct.)—LEVY-DORN. Polymyosite et névrite rare. (*Berl. klin. Woch.*, p. 761, 2 sept.) — MADER. De la polynévrite périphérique de la grossesse et de la puerpéralité. (*Wiener klin. Woch.*, 25 juill.) — SCHLESINGER. Forme de névrite par lésion vasculaire. (*Neurol. Cent.*, 1er juill.) — DÉJERINE. Névrite périphérique avec dissociation des

phénomènes paralytiques. (*Méd. mod.*, 21 déc.) — BALLET et DUTIL. Sur un cas de polynévrite avec lésions médullaires. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 13 déc.) — DONADIEU-LAVIT. Sciatique névrite et sciatique névralgie. (*N. Montpellier méd.* (suppl.), juill. et sept.) — ESCAT. Un cas de méralgie paresthésique de Roth, paresthésie du fémoro-cutané externe. (*Rev. neurol.*, oct.) — SAENGER. Anatomie pathologique de la névralgie du trijumeau. (*Neurol. Cent.*, XIV, 19.) — GILLES DE LA TOURETTE. Diagnostic et traitement du tic douloureux de la face. (*Indép. méd.*, 11 déc.) — KUMMER. Résection du nerf maxillaire supérieur par névralgie. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XV, p. 226.)— TURNER. Résultats de la section du trijumeau. (*Brit. med. j.*, 23 nov.) — TERRIBERRY. Elongation de la 7e paire pour névralgie faciale avec spasmes mimiques. (*Manhattan eye and ear hosp. Rep.*, janv.)—ELIOT. Traitement chirurgical du torticolis, de la résection du nerf spinal. (*Ann. of surg.*, mai.)—VON BERGMANN. Névrome plexiforme. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 oct.) — JACQUEAU. Névrome plexiforme de la paupière. (*Arch. prov. de chir.*, V, 2 et *Lyon méd.*, 29 déc.) — CORDEMANS. Fibrome du nerf médian à la paume de la main. (*Ann. Soc. belge de chir.*, 15 nov.) — MONTI et FIESCHI. Sur la guérison des blessures des ganglions du sympathique. (*Arch. ital. de biol.*, XXIV, 3.)

Nerveux (Syst.) RAMON Y CAJAL. Evolution des cellules nerveuses. (*J. of nerv. dis.*, déc.) — HELD. Structure des cellules nerveuses. (*Arch. f. Anat. u. Phys.*, 4 et 5.)— BENDA. La structure des cellules nerveuses décelée par les couleurs d'aniline. (*Neurol. Cent.*, 1er sept.)— FLEMMING. Structure des cellules ganglionnaires spinales; remarques sur les cellules centrales. (*Arch. f. mik. Anat.*, XLVI, 3.) — LENHOSSEK. Centrosomes et sphères des cellules ganglionnaires spinales de la grenouille. (*Ibid.*, XLVI, 2.) — RAMON Y CAJAL. La cellule nerveuse. (*Rev. scientif.*, 7 déc.)—DEMOOR. Structure des cellules nerveuses corticales chez les animaux anesthésiés. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1 oct.) — VITZOU. Cellules nerveuses de néoformation. *Ibid.*, 1er oct.) — ROSIN. Structure des cellules ganglionnaires du système nerveux. (*Berlin. klin. Woch.*, 14 oct.)—ERCHIA. Structure et connexion du ganglion ciliaire. (*Monit. Zool. ital.*, V. 9 et 10 et VI, 7.) — DOGIEL. Structure fine du système nerveux sympathique. (*Arch. f. mik. Anat.*, XLVI, 2.) — V. BECHTEREW. Valeur de la combinaison de l'embryologie et des dégénérescences par vivisection pour la physiologie expérimentale du système nerveux; rôle du faisceau grêle et du faisceau cérébelleux dans les fonctions d'équilibre. (*Neurol. Cent.*, 15 août.) — MUNREZ. De la structure du système nerveux central. (*Prager med. Woch.*, 42.) SINGER. Embolies expérimentales dans le système nerveux central. (*Ibid.*) LUGARO. Sur les modifications des cellules nerveuses dans les divers états fonctionnels. (*Sperimentale*, XLIX, 2 et *Arch. ital. de biol.*. XXIV, 2.) — MC CASKEY. La chimie biologique dans ses relations avec les maladies nerveuses. (*Americ. med. Bull.*, 15 oct.) — TANGL. Influence du système nerveux vaso-moteur sur les échanges vasculaires. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXI, 11.) DÉJERINE. Cahier de feuilles d'autopsies pour l'étude des lésions du névraxe. (gr. in-4°, 35 pl. *Paris.*) — JAKOB. Atlas du système nerveux normal et morbide avec précis sur l'anatomie, la pathologie et la thérapeutique. (*Munich.*) — WELLS et WILSON. Des modifications nerveuses post mortem. (*J. of path. and bact.*, III, 4.) — MARINESCO. Théorie des neurones, application aux processus de dégénérescence et d'atrophie du système nerveux. (*Presse méd.*, 28 déc.) — ROSSE. L'importance du diagnostic précoce dans le diagnostic de quelques formes de maladies nerveuses. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 21 déc.) — MINGAZZINI. Sur un syndrome spécial hémicranien. (*Riv. sper. di freniat.*, XXI, 4.) — LONDE. Des maladies familiales du sys-

tème nerveux. (*Ann. de méd.*, 24 oct.) — Niermeijer. Akinésie algère. (*Nederl. Weekbl.*, II, 4.) — Abbamondi. Un cas rare de neuropathie. (*Congrès méd. ligurien, Spezia*, juin.) — Monro. Douleur sympathique, douleur en avant de la poitrine produite par une friction à l'avant-bras. (*Brain*, 72.) Worotynsky. De la suspension comme méthode de traitement des maladies nerveuses. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, VIII, 1 et 2.)

Névrose. — Staiger. L'anémie dans les névroses. (*Thèse de Tubingen.*) — King. Les névroses réflexes. (*Jour. Americ. med. Ass.*, 28 déc.) — Pieraccini. Un nouvel élément étiologique de la céphalée. Céphalée par changement de demeure. (*Lo Sperimentale, sez. clinica.*, p. 401.) — Glorieux. Névrose congestive des extrémités. (*La policl., Bruxelles*, 1er déc.)—Putnam. Deux cas de crampes des écrivains. (*Jour. of nerv. dis.*, nov.) — Beard. La neurasthénie sexuelle, trad. par Rodet. (In-8°, 183 p., *Paris.*) — Frederick. Neurasthénie accompagnant et simulant les affections pelviennes. (*Americ. j. of obst.*, déc.) — Pick. Des rapports de l'autointoxication avec la neurasthénie. (*Wiener klin. Rundschau*, IX, 37.) — Massey. Technique électro-thérapeutique dans le traitement de la neurasthénie. (*J. Americ. med. Ass.*, 7 déc.)

Nez. — Seydel. Des cavités nasales et de l'organe de Jacobson chez les amphibies. (*Morphol. jahrb.*, XXIII, 4.) — Anton. L'organe de Jacobson chez l'adulte. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 840, 23 sept.) — Kayser. Appareil pour mesurer exactement la perméabilité de l'air du nez. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 oct.) — Stoerk. Les maladies du nez, de la gorge et du larynx. (In-8°, 334 p. *Vienne.*) — Rohrer. Des intoxications en particulier, des intoxications médicamenteuses dans leurs rapports avec le nez, la gorge et l'oreille. (*Klin. Vort. aus. Geb. der Otol.*, I. 3.) — Nichols. Quelques causes nasales de migraines. (*Med. Record*, 14 déc., p. 852.) — Rakowicz. De l'hémianopsie nasale. (*Klin. Mon. f. Augenh.*, déc.) — Masucci. Névroses réflexes du nez. (*Boll. mal. dell'orecchio*, XIII, p. 313. — Grazzi. De la douche nasale, des dangers pour l'oreille, moyens de les éviter. (*Ibid.*, p. 315.) — Dionisio, Nicolai. Méthodes sanglantes de traitement des déviations de la cloison et des sténoses nasales. (*Ibid.*, p. 316, 318.) — Freudenthal. Etiologie et traitement du catarrhe post-nasal. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 9 nov.) — Royet. Coryza avec érythème de la lèvre supérieure. (*Lyon méd.*, 10 nov.) — Melcior. Catarrhe chronique du nez, avec ulcérations, guéri par le traitement hydro-magnétique. (*Revista de hygiene*, 3.) — Siebenmann. Le catarrhe sec et la métaplasie épithéliale du nez cartilagineux. (*Münch. med. Woch.*, 44, p. 1025.) — Hamon du Fougeray. Un cas de rhinite purulente à staphylocoques guérie par l'emploi de l'huile mentholée au 10e. (*Ann. mal. de l'or.*, déc.) — Strübing. De l'ozène. (*Münch. med. Woch.*, 39 et 40.) — Saenger. De l'ozène. (*Soc. lar. Berlin*, 9. nov.) — Vansant. L'épistaxis habituelle ou récidivante, 37 cas. (*J. americ. med. Ass.*, 23 nov.) — Guida. Traitement de la rhinite purulente des enfants. (*Pediatria*, oct.) — Soffiantini. Les injections intra-musculaire de calomel en oto-rhino-laryngologie. (*Boll. mal. dell'orecchio*, XIII, 12.) — Fauvel. De l'emploi des solutions de chlorure de zinc dans les affections nasales, pharyngées et laryngées. (*Bull. Soc. franç. d'otol.*, XI, p. 155.) — Devilbiss. Les applications locales dans le catarrhe nasal. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 9 nov.) — Thomson. L'antisepsie et les opérations intra-nasales. (*Cong. d'otol. Florence*, sept.)—Gleitsmann. L'application du galvano-cautère dans les fosses nasales. (*Ann. of oph. and otol.*, avril.) — Koschier. De la tuberculose nasale. (*Wiener klin. Woch.*, 36.) — Symonds. Deux cas de tuberculose nasale, ulcération et tumeur. (*London lar. Soc.*, 9 oct.) — Clark. L'état du

nez chez les phtisiques. (*Boston med. j.*, 3 oc.) — Brunon. Le chancre syphilitique des fosses nasales. (*Thèse de Lyon.*) — Storer. Ozène syphilitique. (*Brit. laryng. Ass.*, 18 oct.) — Pierce. Syphilis du nez. (*N.-York med. j.*, 30 nov.) — Kuhn. Tumeurs syphilitiques du nez. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 oct.) — Macnaughton Jones. — Relations de l'hypertrophie des cornets avec la surdité, la turbinectomie. (*Cong. d'otol. Forence*, sept.) — Hill. Régénération des tissus après l'ablation des cornets. (*Brit. laryng. Ass.*, 18 oct.) — Thrasher. Nécrose du cornet moyen. (*N.-York med. j.*, 7 déc.) — Bleyer. Massage électro-vibratoire des cornets. (*Rev. int. de rhinol.*, V, 21.) — Scheppegrell. Le traitement de la rhinite hypertrophique par la méthode bipolaire d'électrolyse. (*Ibid.*, V, 18.) — Hubbard, Gleitsmann. Deux cas d'abcès de la cloison. (*N.-York Acad. of Med.*, 18 déc.) — Müller. Poussière de sel, cause d'ulcère performant de la cloison nasale. (*Viertelj. f. ger. Med.*, oct.) — Mayer. Déviation de la cloison. (*N.-York med. j.*, 14 déc.) — Mayer. Déviation de la cloison. Traitement, méthode de Asch. (*N.-York Acad. of med.*, 23 oct.) — Erwin. Pince coupante pour la cloison. (*J. Americ. med. Ass.*. 23 nov.) — Bernal. Des luxations de la cloison cartilagineuse des fosses nasales. (*Thèse de Bordeaux.*) — Winckler. Traitement opératoire de certaines sténoses nasales. (*Wiener med. Woch.*, 12 oct.) — Casselbery. L'électrolyse dans le traitement des déviations de la cloison nasale. (*J. Americ. med. Ass.*, 2 nov.) — Spicer. Obstruction cicatricielle des fosses nasales antérieures. (*London laryng. Soc.*, 9 oct.) — Jourdran. Un cas de lucilia vorax observé à la Guyane, 315 larves extraites des fosses nasales. (*Arch. de méd. nav.*, nov.) — Gruenwald. Etude des suppurations nasales. (In-8°, 2e édit. *Munich*, 1896.) — Herzfeld. Des suppurations des cavités accessoires du nez. (*Soc. de méd. berl.*, 13 nov.) — Verrese. Des maladies du sinus de la face. (*Arch. di ottalm.*, III, p. 96.) — Flatau. Cas d'affection des sinus nasaux. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 900, 14 oct.) — Dundas Grant. Trois observations de sinusites nasales offrant des points de vue instructifs. (*Bull. Soc. franç. d'otol.*, XI, p. 136.) — Wolff. Les sinus des fosses nasales dans la diphtérie, la rougeole et la scarlatine. (*Zeit. f. Hyg.*, XIX.) — Kuhnt. Les affections inflammatoires des sinus frontaux et leurs suites. (*Wiesbaden.*) — V. Hopfgarten. Etude de l'empyème du sinus frontal et de son traitement chirurgical. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLII, 4 et 5.) — Haltenhoff. Deux cas d'abcès du sinus frontal après la grippe. (*Rev. méd. Suisse roman.*, XV, 12 p.) — Herzfeld. Suppuration du sinus frontal. (*Soc. lar. Berlin*, 9 nov.) — Hill. Sinusite frontale. (*London laryng. Soc.*, 9 oct.) — Ripault. Trois cas d'empyème du sinus frontal. (*Annal. mal. de l'or.*, nov.) — Myles. Empyème et polypes du sinus frontal, trépanation à deux reprises. (*N.-York Acad. of med.*, 18 déc.) — Ortéga. Sur l'empyème des sinus frontaux. (*Thèse de Paris.*) — Michel. Des abcès et fistules orbitaires dans le cours des sinusites frontales. (*Thèse de Lyon.*) — Day. Un cas de carie de l'os sphénoïde. (*J. Amer. med. Ass.*, 22 nov.) — Rosenberg. Orifices béants visibles des sinus sphénoïdes chez une malade atteinte d'ozène. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 juin. — Discussion de la société laryngologique sur la carie et les abcès du sinus sphénoïdal. (*Ibid.*, 14 oct.) Gradenigo. Sur un cas de rhinolithe. (*Giorn. Acc. med. Torino*, oct.) — Ripault. Un cas de rhinolithe. (*Ann. mal. de l'or.*, déc.) — Wagnier. Bulle osseuse ethmoïdale compliquée de dégénérescence myxomateuse de la tumeur avec phénomènes nerveux consécutifs. (*Rev. de laryng.*, 15 nov.) — Luc. De l'étiologie des polypes muqueux des fosses nasales. (*Arch. int. de lar.*, VIII, 5.) — Semon. Volumineux polypes du nez chez un garçon de 19 ans. (*London lar. Soc.*, 9 oct.) — Roy. Polype muqueux congénital du nez. (*J. Amer. med. Ass.*, 23 nov.) — Wright. Papillome vrai ou fibrome papillaire de la cloison nasale. (*N.-York med. j.*, 14 déc.) — Ripault. Pa-

pillome confluent des fosses nasales. (*Ann. mal. de l'or.*, nov.) — BRINDEL. Myxome des fosses nasales implanté sur la cicatrice d'un lymphadénome. (*Journ. méd. Bordeaux*, 12 janv.) — COMBE et DUBOUSQUET-LABORDERIE. Tumeur orbitaire double simulant une tumeur maligne due à une infection d'origine nasale, guérison par l'ablation de polypes du nez. (*Bull. Soc. franç. d'Otol.*, XI, p. 337.) — BABER. Papillome du nez. (*London lar. Soc.*, 11 déc.) — STEWART. Volumineux fibrome de la cloison. (*Ibid.*) — BROWN. Un cas de fibrome nasal récurrent. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 16 nov.) — DUPONT. Du myxosarcome des fosses nasales. (*Thèse de Lyon.*) — ISRAEL. Rhinoplastie combinée par les méthode indienne et italienne, lambeaux brachial et frontal superposées par leurs faces saignantes. (*Berlin. klin. Woch.*, 23 sept.)

Nutrition. — ARNOZAN. Comment déterminer et fixer le type de la nutrition normale? Comment différencier la nutrition normale de la nutrition pathologique. (*Cong. Assoc. franç. Bordeaux.*) — DUCLAUX. Nutrition sans bactéries. (*Ann. Inst. Pasteur*, IX, 12.) — HULTGREN. Remarques sur le travail d'Albertoni et Novi sur la nutrition du paysan italien. (*Arch. ges. Phys.*, LX, 5 et 6.)—OKOUNIEW V.-N. Sur le rôle de la chimosine dans les processus d'assimilation de l'organisme. (*Vratch*, 19 oct.)

Nystagmus. — BURTON-FANNING. Nystagmus congénital héréditaire. (*Lancet*, 14 déc.)

O

Occlusion intestinale. — KIDD. Obstruction intestinale par matières fécales et déplacement du rein. (*Lancet*, 21 déc.) — NAUNYN. De l'ileus. (*Mittheil. Greuzgeb. Med. u. Chir.*, I, 1.) — NICOLAYSEN. Pathologie de l'ileus, 30 cas. (*Norsk. Mag. f. Lægev.*, juin.) — GUINARD. Etranglement interne par bride. (*Soc. anat. Paris*, 27 déc.) — TUFFIER et PAUQUET. Etranglement intestinal par bride faisant deux fois le tour de l'intestin, rétrécissement de l'intestin simulant une appendicite. (*Ibid.*, 8 nov.) — R. PETIT. Volvulus congénital. (*Ibid.*, 15 nov.) — Golding BIRD. Invagination à travers un diverticulum de Meckel. (*London clin. Soc.*, 8 nov.) — E. BLANC. Nécessité de l'éviscération complète dans le traitement de l'occlusion intestinale post-opératoire. (*Loire méd.*, 15 déc.) — TELLIER. Occlusion intestinale, entérectomie. (*Lyon méd.*, 15 déc.) — VON NOORDEN. Un cas d'étranglement interne ligamenteux et d'entéroptose considérable du gros intestin. (*Münch. med. Woch.*, 26, p. 598.) — DEBAISIEUX. Entérectomie avec entérorraphie dans un cas d'invagination, guérison. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 mars.) — LEGUEU. Des occlusions intestinales post-opératoires. (*Gaz. des hôp.*, 23 nov.)

Œdème. — HIGIER. Sur l'œdème aigu localisé de la peau et des muqueuses. (*Medycina*, 5 janv.)

Œil. — KOPSCH. Les ganglions oculaires des céphalopodes. (*Anat. Anzeiger*, XI, 12.) — O. HAAB. Atlas et précis d'ophtalmoscopie et de diagnostic ophtalmologique. (*Munich.*) — LANDOLT et GYGAX. Précis de thérapeutique ophtalmologique. (In 12, 176 p., *Paris.*) — AKHOUN. Sur l'état actuel de

l'oculistique en Russie. (*Vratch*, 4 janv.) — Pflueger. Dénombrement des aveugles en Suisse. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 sept.) — F. Kauffmann. L'acuité visuelle au point de vue du choix des professions (*Zeit. f. Schulgesund.*, VIII.) — Durand de Gros. Les origines de la théorie trichromique du nerf optique. (*Acad. des sc.*, 30 déc.) — Broca. Etude critique des diverses méthodes optiques ou photographiques de photométrie, au double point de vue de la science et de l'industrie. (Broch., *Paris.*) — Oliver. Etude critique des changements du champ visuel, lorsque l'œil est placé à angle droit de sa position ordinaire. (*Brain*, 72.) — Koster. Etude du sens des couleurs. (*Arch. f. Opht.*, XLI, 4.) — Pretori et Sachs. Recherches sur le contraste simultané des couleurs. (*Arch. f. ges. Phys.*, LX, 1 et 2.) — Luckey. Observations comparatives sur la perception des couleurs chez les enfants, adultes et individus exercés. (*Amer. j. of psych.*, VI, 4.)— Watanabe. Détermination des quantités relatives aux illusions optiques. (*Ibid.*) — Hirschberg. Des troubles de la vision par la dispersion des rayons lumineux. (*Cent. f. Augenh.*, oct.) — Grœf. Observations physiologiques : Accommodation sur un œil amaurotique. (*Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, sept.) — Hering. Du phénomène de Purkinje. (*Arch. f. ges. Phys.*, LX, 9 et 10.) — Murrell. Valeur de la scopolamine dans la mesure de la réfraction. (*Annals of opht.*, IV, 4.) — Holden. Cas d'hémichromatopsie indiquant l'existence d'un centre cortical distinct des couleurs. (*Arch. of opht.*, XXIV, 4.) — Van Fleet. Un cas intéressant de réfraction. (*Manhattan eye and ear hosp. Rep.*, janv.) — Bardelli. (*Ann. d'ocul.*, déc.) — Gradle. Aspect neurologique de l'asthénopie. (*Med. Record*, 7 déc.) — Prentice. Explication du fait que les lentilles contraires de force égale ne se neutralisent pas complètement. (*Ann. d'ocul.*, nov.) — Gowers. Sensations visuelles subjectives. (*Trans. opht. Soc.*, XV, p. 1.) — Collins. Polycorie. (*Ibid.*, XV, p. 192.) — Morton. Microphtalmie et persistance de l'artère hyaloïde. (*Ibid.*, p. 195.) — Hartridge. Cholestérine dans la chambre antérieure. (*Ibid.*, XV, p. 244.) — Ogilvie. Coloboma nasal du nerf optique, atrophie grise de la papille, hémianopie temporale droite, hémianopie inférieure gauche. (*Ibid.*, XV, p. 127.) — G. Lewin. Albinisme partiel. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 juin.) — Bockel. De la buphtalmie. (*Thèse de Kiel.*) — Corr. Les anomalies dans la pratique oculaire. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 16 nov.) — Wilder. La formaline comme agent conservateur des pièces anatomiques oculaires. (*Ibid.*, 9 nov.) — Froehlich. Prismes et simulation de la cécité monoculaire. (*Klin. Monatsbl. f. prakt. Augenh.*, août.) — Schmidt-Rimpler. Sur la fatigue et le rétrécissement du champ visuel dans leurs rapports avec la simulation. (*Wiener med. Woch.*, 19 oct.) — Kalt. Ulcération cornéenne dans l'ophtalmie purulente, mode de propagation des microbes. (*Soc. de biol.*, 7 déc.) — Norrie. Contribution à l'étiologie de l'ophtalmie scrofuleuse. (*Centrabl. f. Augenh.*, oct.) — Bach. Recherches expérimentales sur la signification du pneumocoque dans la pathologie de l'œil. (*Arch. f. Augenh.*, XXXI, 3.) — De Schweinitz. Examen bactériologique de trois cas de plaie pénétrante et d'un cas de panophtalmie suite d'opération de cataracte. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 26 oct.)— Trousseau. Prophylaxie de l'ophtalmie purulente. (*Journ. des Praticiens*, 16 nov.)—Koestlin. Emploi de la méthode de Credé dans l'ophtalmie des nouveau-nés. (*Arch. f. Gynaeck.*, L, 2.) — Luciani. Traitement de l'ophtalmie migratrice par les injections sous-conjonctivales et intra-ténoniennes de sublimé. (*Ann. di ottalm.*, XXIV, p. 495.) — Coppez. Un cas d'ophtalmie pseudo-membraneuse à streptocoques purs, insuccès du sérum antidiphtéritique. (*Rev. gén. d'opht.*, XIV, 12.) — Aulike. De l'ophtalmie sympathique et de la résection du nerf optique. (*Thèse de Berlin.*) — Ring. Ophtalmie sympathique. (*Manhattan eye and ear hosp. rep.*, janv.) — J. Pfister. L'ophtalmie sympathique et sa

prophylaxie. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er sept.) — Denig. Altérations du fond de l'œil dans les maladies générales : scorbut, cirrhose du foie. (*Münch. med. Woch.*, 36, p. 843.) — Larsen. Des lésions oculaires d'origine grippale. (*Ugesk. f. Lägev.*, *R.* 5, II, p. 409.) — Foucher. Trois cas de lésions oculaires d'origine dentaire. (*Annals of Opht.*, IV, 4.) — Marshall. Tuberculose du globe oculaire. (*Trans. opht. Soc.*, XV, p. 181.) — Cabannes. Synchisis étincelant. (*Journ. méd. Bordeaux*, 15 déc.) — Ridley. Cyclite séreuse. (*London opht. hosp. Rep.*, XIV, 1.) — Fox. Eviscération du globe de l'œil. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 26 oct.) — V. Leonowa. Des modifications secondaires des centres et conduits optiques dans les cas d'anophtalmie congénitale et d'atrophie du bulbe chez les nouveau-nés. (*Arch. f. Psych.*, XXVIII, 1.) — Suker. Formation du moignon après l'énucléation. (*Annals of Opht.*, IV, 4.) — Lavagna. Sur quelques trophonévroses oculaires en rapport avec la pathogénie générale. (*Giorn. Accad. med. Torino*, oct.) — Panas. Parésie des branches oculaires du grand sympathique. (*Presse méd.*, 7 déc.) — Deschamps. Un cas d'amblyopie intermittente. (*Dauphiné méd.*, mars.) — Pansier. Les contractures des muscles oculaires et leur traitement par l'électricité. (*N. Montpellier méd.* (suppl.), juill. et sept.) — Duane. Diplopie à la périphérie du champ de fixation, sa valeur dans le diagnostic des paralysies musculaires. (*Arch. of opht.*, XXIV, 4.) — Katz. Un cas de névrite optique récidivante. (*Messager d'opht.*, en russe.) — Linde. Atrophie du nerf optique chez la mère et l'enfant. (*Cent. f. prakt. Augenh.*, déc.) — Galezowski. Atrophie des papilles chez les syphilitiques. (*Bull. méd.*, 30 oct.) — Panas. Sur un cas de papillite. (*Ann. de méd.*, 14 nov.) — Wood. Un cas d'amblyopie temporaire provoquée par du chocolat. (*Med. Record*, 14 déc.) — Mann. Sur l'ophtalmoplégie nucléaire. (*Wiener med. Woch.*, 23 nov.) — Boskamp. Un cas d'ophtalmoplégie double. (*Thèse de Bonn.*) — Bœdeker. Etude anatomique d'un cas de paralysie nucléaire chronique des muscles de l'œil. (*Arch. f. Psych.*, XXVIII, 1.) — Lascols. Paralysies oculaires d'origine syphilitique. (*Loire méd.*, 15 déc.) — Atwool. Deux cas d'héméralopie congénitale héréditaire. (*London opht. hosp. Rep.*, XIV, 1.) — Spicer. Contracture et autres états consécutifs à la paralysie des muscles oculaires. (*Ibid.*, XIV, 1.) — Bruner. Paralysie traumatique du droit externe. (*Annals of opht.*, IV, 4.) — Kunn. Des troubles de motilité congénitaux de l'œil. (*Beit. z. Augenh.*, 19 et 21.) — Schweinitz. Un cas de paralysie oculomotrice récurrente. (*Boston med. journ.*, 3 oct.) — Panas. Elongation des muscles oculaires. (*Bull. Acad. méd.*, 24 déc.) — Randall. Examen et soin des yeux au cours de la scolarité. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 16 nov.) Ellis. Etude de la réfraction sur 700 yeux. (*Ibid.*, 16 nov.) — Bernstein. Trois cas de paralysie du droit supérieur. (*Ibid.*, 9 nov.) — Park. Réflexions pratiques sur 1000 cas d'insuffisance des muscles oculaires. (*Ibid.*, 9 nov.) — Woods. Jusqu'à quel point le système récent de l'exercice musculaire est-il appelé à remplacer la ténotomie dans le traitement de l'hétérophorie. (*Ibid.*, 2 nov.) — Thomas. Avancement et rétro-placement des tendons dans les opérations sur les yeux. (*Ibid.*, 2 nov.) — Stevens. Du peu d'effet de la ténotomie des muscles oculaires. (*Ibid.*) — Hansell. La ténotomie des muscles oculaires. (*Ibid.*) — Theobald. Du peu de bénéfices obtenus parfois de la ténotomie des muscles oculaires dans le cas d'hétérophorie. (*Ibid.*) — Connor. Technique de la ténotomie des muscles oculaires. (*Ibid.*) — Jackson. Sur la puissance de divers mydriatiques et myotiques. (*Ibid.*, 19 oct.) — Ripault. La thérapeutique ignée en oculistique. (*France méd.*, 22 nov.) — Bull. Notices ophtalmo-thérapeutiques. (*Norsk. Mag.*, sept.) — Luciani. L'ichtyol dans quelques formes de maladies oculaires. (*Ann. di ottalm.*, XXIV, p. 501.) — Strzeminski. Le formol dans le traite-

ment des affections oculaires. (*Vratch*, 11 janv.) — MOISSONNIER. Des injections sous-conjonctivales de sublimé en thérapeutique oculaire. (*Thèse de Paris.*) — H. SCHMIDT-RIMPLER. Emploi des grands électro-aimants pour l'extraction des éclats de fer de l'œil. (*Berl. klin. Woch.*, p. 870, 7 oct.) — HAAB. Le sidéroscope d'Asmus pour extraire les petits éclats de fer de l'œil. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er sept.) — HAAB. Extraction des éclats de fer des parties profondes de l'œil à l'aide de grands aimants. (*Ibid.*, sept.) — GUTMANN. De quelques blessures importantes de l'œil, leur traitement rationnel. (*Berl. klin. Woch.*, 23 déc.) — DE SCHWEINITZ. Enophtalmie traumatique. (*Amer. j. of med. sc.*, déc.) — MOULY. La hernie du corps vitré. (*Thèse de Lyon.*) — A. FRANK. Un cas d'exophtalmos pulsatile. (*Prager med. Woch.*, 39.) — PFINGST. Deux cas de tumeurs de l'œil consécutives à un traumatisme (sarcome de la région scléro-cornéenne et sarcome de la glande lacrymale). (*Klin. Monats. f. prakt. Augenh.*, août.) — WIEGMANN. Un cas de fibro-sarcome du nerf optique. (*Ibid.*, août.) — HODGES et RIDLEY. Sarcome mélanique intra-oculaire. — MARSHALL. Sarcome kystique du corps ciliaire. (*Trans. opht. Soc.*, XV, p. 178 et 180.)

Œsophage. — LOOSS. Structure de l'œsophage chez quelques ascarides. (*Cent. f. Bakt.*, XIX, 1.) — TELLIER. Caillou dans l'œsophage, œsophagotomie externe, guérison. (*Lyon méd.*, 10 nov.) — WOOLSEY. Traitement du rétrécissement cicatriciel de l'œsophage par la dilatation rétrograde. (*Ann. of surg.*, mars.) — PAVIOT. Cancer de l'œsophage, sonde à demeure pendant 146 jours. (*Province méd.*, 30 nov.) — MARWEDEL. Un cas de résection de l'œsophage pour carcinome. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIV, 3.) — BILHAUT. Cancer de l'œsophage, gastrostomie, mort 15 jours après par hémorragie au niveau du néoplasme. (*Ann. d'orthop.*, déc.)

Orbite. — Cellulite plastique de l'orbite. (*Trans. opht., Soc.*, XV, p. 185.) — VERNON. Tumeur pulsatile de l'orbite. (*Ibid.*, p. 191.) — MITVALSKY. Deux cas de thrombo-phlébite orbitaire, phlegmon des amygdales et lésion des paupières. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 nov. 1894.) — STEINHEIM. Un cas d'ostéome de l'orbite. (*Deut. med. Woch.*, 19 déc.) — BLESSIG. Un cas de lésion gommeuse de l'orbite, de la fosse cranienne moyenne et du cerveau. (*Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, sept.) — HAAB. Opération d'un kyste dermoïde de l'orbite. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er sept.) — AYRES. Un cas de lymphangiome caverneux de l'orbite. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 9 nov.) — BULL. Quelques cas rares de tumeurs orbitaires, abcès ethmoïdal, sarcome de la glande lacrymale, sarcome du sphénoïde. (*N. York med. j.*, 16 nov.)

Oreille. — MÉNIÈRE. Manuel d'otologie clinique. (In-8°, *Paris.*) — BEZOLD. Etat actuel de l'otiatrie. (*Wiesbaden.*) — P. KOUSCHEWSY. Statistique pathologique de l'organe auditif. (*Iena.*) — KATZ. Organe de Corti. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 oct.) — LAKE. Des connexions anatomiques de la membrane du tympan. (*Brit. med. j.*, 23 nov.) — CHIUCINI. Une méthode de section anatomique de l'os temporal. (*Boll. mal. dell' orecchio.*, XIV, 1.) — BONNIER. Rapports entre l'appareil ampullaire de l'oreille interne et les centres oculo-moteurs. (*Rev. neurol.*, 15 déc.) — DENVERS. Examen de l'audition des sons. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 819, 16 sept.) — JOUKOFF. Recherche de la conductibilité des sons par les os craniens et vertébraux à l'aide d'un diapason électrique et sa valeur diagnostique. (*Vratch*, 23 nov.) — GRADENIGO. L'examen fonctionnel de l'audition. (*Cong. d'otol. Florence*, sept.) — SECCHI. Physiologie de l'oreille moyenne. (*Ibid.*) — STREHL. Physiologie de l'oreille interne. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXI, 4 et 5.) — EWALD. Physiologie du labyrinthe. (*Ibid.*, LX, 9 et 10.) — BONNIER. Sur les fonctions statique et hydrostatique

de la vessie natatoire et leurs rapports avec les fonctions labyrinthiques (*Soc. de biol.*, 23 nov.) — BARTH. Latéralisation de la conduction osseuse des sons. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 819, 16 sept.) — EPSTEIN. Modifications des perceptions visuelles sous l'influence de la perception simultanée des sons. (*Ibid.*, p. 863, 30 sept.) — KAYSER. Bruits auriculaires objectifs. (*Ibid.*, 23 sept.) — CAPEDER. De la diplacousie binauriculaire. (*Thèse de Bâle.*) — BABER. Bourdonnement pulsatile. (*Brit. med. j.*, 23 nov.) — DALBY. Bourdonnement pulsatile. (*Ibid.*, 16 nov.) — HARRIS. Des bourdonnements d'oreilles. (*Manhatt. eye and ear hosp. Rep.*, janv.) — CLEMENS. Traitement des suppurations de l'attique. (*Ibid.*) — BARR. Vertiges dans les maladies d'oreille. (*Brit. med. j.*, 28 déc.) — EITELBERG. Des troubles réflexes locaux et généraux dans les maladies de l'oreille. (*Klin. Vort. aus. Geb. der otol.*, I, 2.) — DE ROALDÉS. Sur quelques particularités du nègre en otologie. (*Rev. de lar.*, 15 déc.) — CORRADI. Les perforations traumatiques du tympan par cause indirecte au point de vue médico-légal. (*Cong. d'otol. Florence*, sept.) — HAUG. De la prophylaxie hygiénique des maladies de l'oreille. (*Klin. Vort. aus Geb. der otol.*, I, 1.) — NICHOLS. Prophylaxie de la surdité. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 14 déc.) — E. BAYR. L'école viennoise pour enfants durs d'oreilles. (*Zeitsch. f. Schulges.*, VIII.) — HAUG. Exsudat hémorragique de la caisse du tympan et phlyctenes sanguinolentes du conduit auditif, consécutifs à une pulpite dentaire. (*Berl. klin. Woch.*, p. 840, 23 sept.) — SZENES. Otite externe par infection vaccinale. (*Ibid.*, 21 oct.) — PEIPER. Affection auriculaire cause de convulsions chroniques partielles du voile palatin et de parésie faciale. (*Ibid.*, 28 oct.) — KŒRNER. Nouveau type d'otite grippale. (*Arch. of Otol.*, XXIV, 3 et 4.) — LAKE. Kératose obturatrice, à la suite de bouchons de cérumen (*Brit. lar. Assoc.*, 18 oct.) — FERRERI. Les altérations séniles de l'oreille moyenne. (*Cong. d'otol. Florence*, sept.) — BRONNER. 5 cas de lésion de l'attique, modifiés par l'opération de Stacke. (*Brit. med. j.*, 23 nov.) — TURNBULL. Traitement de l'otite moyenne chronique avec surdité. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 26 oct.) — STAES-BRAME. De l'emploi de l'électricité dans le traitement des affections chroniques de l'oreille moyenne. (*Bull. Soc. franç. d'élect.*, juin.) — BOTEY. Traitement de l'otite sèche par les injections intra-tympaniques d'une solution faible d'acide lactique. (*Rev. ciencias med. Barcelone*, 25 déc. et *Arch. lat. de rinol.*, janvier 1896.) — DELSTANCHE. La vaseline liquide dans le traitement des otites moyennes. (*Cong. d'otol. Florence*, sept.) — GRADENIGO. Le traitement général des otites internes. (*Ibid.*, sept.) — DENCH. Traitement de l'inflammation aiguë de l'oreille moyenne et de l'apophyse mastoïde. (*Americ. med. Bull.*, 15 nov.) — BRYAN. Traitement chirurgical de l'otite moyenne chronique. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 26 oct.) — LUBET-BARBON. Les localisations inflammatoires du temporal et leurs relations avec le développement anatomique de cet os. (*Cong. d'otol. Florence*, sept.) — BRIEGER. L'ostéite primitive de l'apophyse mastoïde. (*Ibid.*, sept.) — KRELSCHMANN. Forme spéciale de suppuration de l'oreille moyenne. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 819, 16 sept.) — MORRA. Otite moyenne suppurée septique aiguë, nécrose du temporal, méningite basique, abcès cérébral probable, septicémie, tumeur splénique aiguë, mort. (*Morgagni*, oct.) — OPPENHEIM. Le caractère de l'aphasie dans l'abcès otitique du lobe temporal gauche. (*Forts. der Med.*, XIII, p. 738.) — JOEL. Leptoméningite purulente d'origine otitique chez un enfant. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 840, sept.) — HAUG. De la polymyosite infectieuse otitique. (*Ibid.*, p. 840, 23 sept.) — A. JANSEN. Méningite temporale suppurée d'origine otitique; aphasie optique curable. (*Ibid.*, p. 763, 2 sept.) — PASSOW. Un cas d'abcès périsinusien, thrombose du sinus, guérison. (*Ibid.*, 2 déc.) — HEIMAN. Obs. d'abcès cérébelleux otitique.

(*Cong. d'otol. Florence*, sept.) — TURNER. Otorrée scarlatineuse, thrombose du sinus latéral, pyohémie, guérison. (*Lancet*, 30 nov.) — MOULLIN. 3 cas de complications graves d'otite suppurée moyenne, 2 guérisons après opération, un avec thrombose du sinus latéral, une mort de pyohémie. (*Lancet*, 23 nov.) — MACEWEN. Les complications cérébrales des otites moyennes. (*Brit. med. j.*, 16 nov.) — EULENSTEIN. Des complications des otites moyennes suppurées. (*Klin. Vort. aus Geb. der Otol.*, I, 4.) — LADREIT DE LA CHARRIÈRE. Otorrée persistante, ostéite du rocher, méningite généralisée. (*France méd.*, 29 nov.) — OPPENHEIM. Caractères de l'aphasie dans les abcès otitiques de la circonvolution frontale gauche. (*Forts. d. Med.*, 18.) — GREEN. L'exploration du sinus latéral. (*Boston med. journ.*, 21 nov.) — BARR. Le traitement des complications intracraniennes des otites suppurées. (*Cong. d'otol. Florence*, sept.) — GRADENIGO. Idem. (*Ibid.*) — BARR. Traitement de la suppuration intarissable de l'oreille moyenne par l'opération par la mastoïde. (*Brit. med. j.*, 16 nov.) — TOTI. De la cure chirurgicale radicale des suppurations chroniques de l'oreille. (*Lo Sperimentale, sez. clinica* p. 441 et 461.) — SCHIOTZ. Trépanation mastoïdienne. — UCHERMANN. Diagnostic de la mastoïdite et indications de la trépanation. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXVII. 30.) — POULSEN. Thrombose du sinus dans l'otite suppurée. (*Ibid.*) — W. LINDT. Traitement chirurgical des otites moyennes chroniques suppurées par mise à découvert des cavités de la caisse. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 juin.) — KNAPP. Des indications de l'ouverture mastoïdienne dans l'otite moyenne purulente aiguë. (*Arch. of otol.*, XXIV, 3 et 4.) — SZENES. Doit-on intervenir dans les mastoïdites aiguës. (*Berlin. klin. Woch.*, 14 octobre.) — KŒRNER. JANSEN. Opération pour les complications cérébrales des otites. (*Ibid.*, 14 oct.) — WALB. Prophylaxie et traitement des suppurations de l'oreille moyenne chez les nourrissons. (*Ibid.*, 21 oct.) — ZAUFAL. Instruments pour mettre à découvert les espaces de l'oreille moyenne. (*Ibid.*, 21 oct.) — HESSLER. Traitement des suppurations aiguës de l'oreille moyenne et de l'apophyse mastoïde. (*Ibid.*, p. 840, 23 sept.) — WOODS. Opération d'un abcès extra-dure-mérien de la fosse cérébelleuse, avec thrombose du sinus latéral, suite d'otite. (*Roy. Acad. of med. Ireland*, 6 déc.) — MALHERBE. L'évidement pétro-mastoïdien dans le traitement des suppurations de l'oreille moyenne. (In-8°, 142 p., *Paris*.) — MANN. De l'application des greffes de Mangoldt à la cure radicale des otites moyennes chroniques suppurées. (*Deut. med. Woch.*, 28 nov.) — PASSOW. Nouvelle méthode de greffe pour l'opération radicale des suppurations chroniques de l'oreille moyenne. (*Berlin.*) — BARR. Le traitement des abcès intra-craniens consécutifs aux otites suppurées. (*Arch. of otol.*, XXIV, 3 et 4.) — TREITEL. Abcès cérébral multiple d'origine otique. (*Ibid.*) — VOSS. Du traitement chirurgical de la thrombose des sinus. (*Arch. f. Ohr.*, XXXIX, 2.) — MILLIGAN. Tuberculose de l'oreille moyenne. (*Manchester med. Soc.*, 4 déc., et *Brit. med. j.*, 16 nov.) — Discussion à l'Assoc. brit. sur la surdité nerveuse. (*Brit. med. j.*, 16 nov.) — GARNAULT. Des effets produits chez le lapin et chez le pigeon par l'extraction de l'étrier ou de la columelle et la lésion expérimentale du vestibule membraneux. (*Acad. des sc.*, 25 nov.) — D'AGUANNO. Etiologie de la paracousie de Willis. (*Cong. d'otol. Florence*, sept.) — GARNAULT. De la mobilisation profonde et de l'extraction de l'étrier comme moyen de traitement des surdités dues à des lésions localisées dans l'oreille moyenne. (*Soc. de biol.*, 7 déc.) — SHIRMUSKI. La maladie de Ménière. (*Wiener med. Blätter*, 32.) — LEMARIEY. Syndrome de Ménière guéri par la pilocarpine. (*Ann. mal. de l'or.*, nov.) — GUYE. Forme non décrite de sensation rotatoire dans les affections du labyrinthe. (*Brit. med. j.*, 23 nov.) — JONES. Notes sur un cas de maladie de Ménière et un cas d'hyperesthésie acoustique considérable. (*Ibid.*) — BOYER. L'importance relative

des affections labyrinthiques et oculaires dans l'étiologie du vertige. (*Ann. d'ocul.*, nov.) — FRANKL-HOCHWART. La maladie de Ménière, les affections de l'oreille interne. (In-8°, 122 p., *Vienne.*) — DUNDAS GRANT. Du traitement des symptômes de Ménière. (*Brit. lar. Ass.*, 18 oct.) — JONES. Le traitement électrique des bourdonnements d'oreilles. (*Arch. of otol.*, XXIV, 3 et 4.) — JONES. Turbinotomie dans les cas de surdité et de bourdonnements. (*Brit. med. j.*, 23 nov.) — DUNDAS GRANT. Cicatrice adhérente du tympan, partiellement modifiée par l'injection massive de paroléine dans l'oreille moyenne. (*Brit. lar. Ass.*, 18 oct.) — GRUENWALD. Notes sur la chirurgie de l'oreille ; excision du marteau et de l'enclume, etc. (*Deut. med. Woch.*, 7 nov.)— LUCAE. Nouvel instrument pour attirer le manche du marteau en cas de rétraction ou de soudure du tympan. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 oct.) BEHRENTSEN. De l'opération radicale de Sex'on (*Norsk Mag. f. Lægev.*, déc.) — VERDOS. Les lésions de l'oreille produites par les explosions de dynamite. (*Cong. d'otol. Florence*, sept., et *Rev. de ciencias med.*, 25 oct.) — COURTADE. Obs. d'occlusion du conduit auditif, opération. (*Ann. mal. de l'or.*, déc.) — STETTER. Opération des malformations congénitales de l'oreille (*Arch. f. Ohr.*, XXXIX, 2.) — STACKE. Nouveau procédé d'autoplastie pour les surfaces osseuses de l'oreille moyenne. (*Berlin. klin. Woch.*, 23 sept.) — KRETSCHMANN. Autoplastie partielle du pavillon auriculaire. (*Ibid.*, p. 840. 23 sept.) — LEUTERT. Etude histo-pathologique du cholestéatome. (*Arch. f. Ohr.*, XXXIX, p. 233.) — DUNDAS GRANT. Cholestéatome mastoïdien. (*Brit. lar. Ass.*, 18 oct.) — MORF. Pathogénie et opération radicale du cholestéatome de l'oreille moyenne. (*Mitth. kl. und med. Inst. Schweiz*, III, 7.) — LACOARRET. Cholestéatome de l'oreille moyenne, trajet fistuleux, vertige de Ménière. (*Bull. soc. franç. d'otol.*, XI, p. 209.) — SCHEIBE. Tumeurs de l'oreille, fibrome du méat auditif, ostéo-sarcome pédonculé du conduit, 3 cas de tumeur granuleuse poilue de l'oreille moyenne. (*Arch. of otol.*, XXIV, 3 et 4.) — DANZIGER. Etiologie du cancer de l'oreille. (*Mon. f. Ohr.*, juillet.) — STORY. Tumeur maligne, sarcome, de l'oreille moyenne. (*Dublin journ.*, nov.) — KIRCHENER. Sarcome de la mastoïde. (*Cong. d'otol. Florence*, sept.)— GRUENWALD. Paralysie pseudo-bulbaire. Sarcome du corps du rocher. (Lymphendothéliome.) (*Münch. med. Woch.*, 22, p. 514.) — KUHN. Cancer de l'oreille externe. (*Berl. klin. Woch.*, 21 oct.)

Oreillon. — WECK. Arthrite du genou, le 4e jour des oreillons. (*Rev. méd. Suisse romande*, XV, 294.) — DEBIERRE. Atlas d'ostéologie comprenant les articulations des os et les insertions musculaires. (In-4°, *Paris.*) — MATSCHINSKY. Structure du tissu osseux. (*Arch. f. mik. Anat.*, XLVI, 2.) — MAYET. Recherches sur l'ossification du sternum chez les sujets normaux et chez les rachitiques. (*Revue mens. mal. de l'enf. nov.* — BOLK. La sclérozonie de l'humérus. (*Morphol. Jahrb.*, XXIII, 3.) — TANDLER Anatomie de l'apophyse sus-condylienne. (*Anat. Anzeiger*, XI, 15.) — CHABRIÉ. Sur les phénomènes chimiques de l'ossification. (*Soc. de biol.*, 21 déc.) — MACNAMARA. De l'ostéite infectieuse et tuberculeuse. (*Brit. med. j.*, 7 déc.) — LESER. Etat du sang dans l'ostéomyélite aiguë grave. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 858, 30 sept.) — VIARD. Ostéomyélite du fémur. (*Bull. méd.*, 6 nov.) — MIRCOLI. Ostéomyélites pyogènes expérimentales. (*Riforma med.*, 9 déc.) — PARK. Sur les déformations et les malformations résultant de l'infection aiguë des os. (*Med. Record*, 2 nov.) — BATTLE. Traitement des inflammations aiguës des os et des articulations voisines. (*Lancet*, 30 nov.) — GILLES DE LA TOURETTE et MARINESCO. — La lésion médullaire de l'ostéite déformante de Paget. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 29 nov.) — A. VERGELY. Déformations et altérations du squelette. (*Journ. méd. Bordeaux*, 8 déc.) — MARTEL. Des ostéo-arthrites tuberculeuses, forme atrophique. (*Thèse de Lyon.*) — SAINTON. De l'ostéo-

tomie sous-trochantérienne dans les ankyloses vicieuses de la hanche consécutives à la coxalgie. (*Rev. d'orthop.*, 1er nov.) — MEISENBACH. L'arrachement traumatique de l'épiphyse inférieure du fémur. (*Med. Record*, 5 oct.) — LEJARS. De la ligature des os, la technique et procédés, la ligature en cadre. (*Gaz. des hôp.*, 14 nov.) — SINCLAIR. Hyperostoses multiples avec fractures spontanées. (*Brit. med. j.*, 7 déc.) — COMMANDEUR. Exostose sous-unguéale du médius de la main gauche. (*Province méd.*, 21 sept.) — LEGUEU. Des sarcomes primitifs de la clavicule. (*Arch. des sc. méd.*, I, 1.) — VANVERTS. Sarcome du fémur à marche aiguë. (*Soc. anat. Paris*, 27 déc.) — FINOTTI. Ostéosarcome développé sur le col d'une fracture du fémur, désarticulation de la hanche, guérison. (*Wien. med. Woch.*, 30 nov.) — LEVILLAIN. Ostéosarcome du péroné. (*Thèse de Paris.*) — ROSSIER. De l'ostéomalacie puerpérale. (*Ther. Monats.*, déc.) — NADLERS. Un cas d'ostéomalacie non puerpérale, consécutif à la scarlatine. Castration inefficace des ovaires sains. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 juillet.) — HANOT et GASTOU. Ostéomalacie chez une femme récemment accouchée et épithélioma tubulé du foie et des os. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 6 déc.) — FISCHER. Contribution à l'étude du traitement de l'ostéomalacie. (*Prager med. Woch.*, 36.)

Ovaire. — VIGNARD. Hernie inguinale d'une trompe et d'un ovaire suppurés. (*Gaz. méd. Nantes*, 12 déc.) — BOLDT. Rupture d'un hématome ovarien; laparotomie; guérison. ((*Wiener med. Presse*, 29 déc.) — Mlle MITJUKOFF Analyse du contenu d'un kyste ovarique (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*. 15 mai.) — DUPRAT. Laparotomie pour kyste de l'ovaire gauche remplissant l'hypocondre droit. (*Rev. méd. Suisse romande*, XV, 294.) — MÜLLER. Ovariotomies vaginales. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 oct.) — J. RENDU. Sur une contre-indication de la ponction des kystes uniloculaires ovariens ou parovariens. (*Lyon méd.*, 10 nov.) — MERKEL. Ovariotomie double pendant la grossesse. (*Münch. med. Woch*, 37, p. 864.) — MORISON. Un cas d'ovariotomie unilatérale et un d'ovariotomie double pendant la grossesse. (*Brit. gyn. j.*, mai.) — TRAVERS. Tumeur ovarique, rotation axiale, kyste rétropéritonéal du même côté, ablation, guérison. (*Lancet*, 16 nov.) — BARETTE. Etude sur une série de 25 cas de kystes de l'ovaire. (*Année méd. Caen*, mars à oct.) — ALLEMAND. Kyste de l'ovaire; grossesse, laparotomie; guérison; persistance de la grossesse. (*Loire méd.*, 15 nov.) — ROUTIER. Rétention d'urine, cystite purulente chez une fillette, causées par un kyste dermoïde de l'ovaire. (*Journal des Praticiens*, 2 nov.) — NOBLE et TUNIS. Tumeur dermoïde des deux ovaires avec dépôt osseux des deux côtés du bassin sans connexion avec les tumeurs. (*Amer. j. of sc.*, déc.) — PHILIPPART. Tumeur polykystique de l'ovaire du poids de 7 kilos, simulant un fibrome utérin, laparotomie, guérison. (*Journ. sc. méd. Lille*, 10 août et *Arch. de toc.*, déc.)—THOMSON. Quelques formes rares de néoplasmes de l'ovaire. (*St.-Pet. med. Woch*, 1er juillet.) — TEXIER. Fibro-sarcome de l'ovaire. (*Journ. méd. Bordeaux*, 8 déc.) — PAGE. Sarcome de l'ovaire chez une enfant de 6 ans. (*Lancet*, 28 déc.) — KRUKENBERG. Du fibrosarcome muco-cellulaire de l'ovaire. (*Arch. f. Gyn.*, L, 2.) — BERLIN. Ablation de deux fibromyomes dans la région des annexes du côté droit après extirpation d'un épithélioma colloïde de l'ovaire gauche. (*Soc. anat. Paris*, 29 nov.)

P

Palais. — Beiser. Crampe chronique du muscle palato-staphilin. (*Soc. méd. Berlin*, 6 nov.) — Pedley. Traitement des fissures congénitales du palais. (*Guy's hosp. Rep.*, LI, p. 203.) — Gutzmann. Troubles de la parole dans les divisions congénitales du palais. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 850, 30 sept.) — Martha. Perforation palatine chez une fille de 15 ans, par syphilis vaccinale contractée à l'âge de 2 ans. (*Rev. d'hyg.*, juill.) — Lapalle. Perforation congénitale du pilier postérieur gauche au niveau de la luette. (*Journ. méd. Bordeaux*, 8 déc.) — Myles. Perforation centrale du voile du palais. (*N. York Acad. of med.*, 18 déc.) — Lieven. Contribution au traitement des synéchies syphilitiques du voile du palais avec la paroi supérieure du pharynx. (*Münch. med. Woch.*, 21.) — Semon. Ulcération tuberculeuse du voile, de la luette, de l'amygdale et du larynx. (*London lar. Soc.*, 9 oct.) — Treitel. Lupus primitif du voile du palais. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 nov.)— Lublinski. 3 cas de papillome des piliers et de la luette. (*Ibid.*, 17 juin.)— Zurakowski. Un cas de cancer primitif de la luette. (*Kron. lek.*, fév.) — Dowd. Epithélioma de la voûte palatine. (*N. York Acad. of med.*, 11 nov.)

Paludisme. — Dubergé. Le paludisme, étude de quelques-unes de ses causes, prophylaxie et traitement. (In-8°, 463 p., *Paris*.) — Osler. Valeur pratique de la découverte de Laveran. (*Med. News*, 23 nov.) — Moser. Sur le prétendu parasite de la malaria. (*Med. Record*, 2 nov.) — Maynard. Notes sur l'examen du sang paludique. (*Indian med. Gaz.*, 11.) — Maget. Du paludisme dans les pays chauds. (*Arch. de méd. nav.*, nov.) — Delamare. L'infection paludéenne en Camargue. (*Rev. scient.*, 26 oct.) — Megnien. De la fièvre du Texas. (*Bull. méd.*, 16 oct.) — Vincent. Sur la symptomatologie et la nature de la fièvre palustre. (*Mercredi méd.*, 4 déc.) — Moscato. Infection palustre chronique, mélanodermie névrotique partielle d'origine centrale. (*Morgagni*, nov.) — Moscato. Infection palustre chronique, dilatation et hypertrophie du cœur avec rachitisme consécutif. (*Ibid.*, oct.) — Dock. L'endocardite et la fièvre intermittente. (*Boston med. journ.*, 31 oct.) — Geagea. Pneumonie paludéenne à forme broncho-pneumonique. (*Thèse de Paris*.) — Guttmann. Mesures sanitaires contre la genèse et la dissémination des affections paludéennes. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, X, 163, juill.)

Pancréas. — Laguesse. Histogénie du pancréas chez le mouton. (*Journ. de l'anat.*, sept.) — Montuori. Sur l'action glyco-inhibitrice de la sécrétion pancréatique. (*Arch. ital. de biol.*, XXIV, 2.) — Sievers. Un cas de pancréatite gangréneuse aiguë. (*Finska läkar. handlingar*, XXXVII, 11.) — Riedel. Tumeurs inflammatoires du pancréas susceptibles de régression. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 oct.) — Cesaris-Demel. Adénome acineux du pancréas avec pancréatite indurée d'origine syphilitique. (*Arch. per le sc. med.*, XIX, 3.) — Stiller. Diagnostic du cancer du pancréas. (*Wiener med. Woch.*, 2 nov.) — Bordmann. Un cas d'emploi thérapeutique du pancréas. (*Wiener med. Blatt.*, 42.)

Pansement. — Doerfler. L'asepsie à la campagne. (*Münch. med. Woch.*, 49. Von Noorden. De la gaze au nosophène à la place de la gaze iodoformée.

(*Ibid.*, 22, p. 513.) — IHLE. Sur un nouvel irrigateur permettant la réalisation de l'irrigation absolue des plaies pendant l'opération. (*Ibid.*, 40, p. 930.) — NOACK. Le nosophène comme succédané de l'iodoforme. (*Ibid.*, 35, p. 818.) — HUELS. Des opérations aseptiques et antiseptiques dans la pratique privée. (*Ther. Monats.*, nov.) — ZUNTZ et FRANK. Etudes comparatives sur la guérison des plaies, spécialement avec les préparations iodées. (*Forts. der Med.*, XIII, p. 524.) — NEUBER. Traitement des plaies cavitaires. (*Arch. f. klin. Chir.*, LI, 3.) — SARFERT. Du drainage des plaies. (*Cent. f. Chir.*, 14 déc.) — SCHIRMAN. Kérosène en chirurgie. (*N. York med. j.*, 7 déc.) — SALZWEDEL. Pansements à l'alcool dans les phlegmons et inflammations. (*Deut. milit. Zeit.*, XXIII.) — VOLLMER. Du catgut à la formaline. (*Cent. f. Gyn.*, 16 nov.) — GEINATZ. Sur la stérilisation du catgut. (*Vratch*, 14 déc.)

Paralysie. — Pye SMITH. Un cas de paralysie bilatérale des nerfs facial et auditif. (*Guy's hosp. Rep.*, LI, p. 223.) — TILDESLEY. Deux cas de paralysie bulbaire aiguë. (*Lancet*, 23 nov.) — PITT. Paralysie pseudo-bulbaire. (*Amer. Practit.*, XX, p. 197.) — STRUEMPELL. De la paralysie bulbaire asthénique. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, VIII, 1 et 2.) — ROUX. Monoplégie brachiale traumatique. (*Loire médicale*, 15 fév.) — LITTEN. Le phénomène du diaphragme et son importance en clinique. (*Med. Record*, 28 déc.) — PRINCE. Paralysie de Landry avec autopsie. (*Journ. of nerv. dis.*, nov.) — WALTON. Un cas de maladie de Landry. (*Boston med. journ.*, 26 déc.) — LEDDERHOSE. De l'hémiplégie collatérale. (*Arch. f. klin. Chir.*, LI, 2.)—BUCCELLI. Un cas très rare de paralysie spinale infantile. (*Gaz. d. Osp.*, 90.) — PIERACCINI. Une épidémie de paralysie spinale atrophique infantile. (*Lo Sperimentale*, p. 521.) — LÜHRMANN. Paralysie progressive du jeune âge. (*Neurol. Cent.*, 15 juill.) — MILLIKEN. Traitement des difformités consécutives à la paralysie infantile par les greffes tendineuses. (*Med. Record*, 26 oct.) — FREUND. Des paralysies psychiques. (*Neurol. Cent. Bl.*, 1er nov.) — WALTON. Etiologie de la paralysie obstétricale. (*Journ. of nerv. dis.*, nov.) — RICHER et MEIGE. Etude morphologique sur la maladie de Parkinson. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, VIII, 6.) — RICHER. Sur la forme extérieure du corps dans la maladie de Parkinson. (*Soc. de biol.*, 21 déc.) — MARIE. Paralysie agitante. (*Méd. moderne*, 21 nov.) — JOHNSTON. Paralysie agitante post-hémiplégique. (*Lancet*, 14 déc.)

Paralysie générale. — ALZHEIMER. Des formes précoces de la paralysie générale. (*Allg. Zeit. f. Psych.*, LII, 3.) — STEELE. Les rémissions de la paralysie générale. (*Med. Record*, 14 déc.) — Von KRAFFT-EBING. Facteurs sociologiques influents sur l'augmentation de la paralysie générale progressive. (*Deut. Viertelj. œffentl. Ges.*. XXVII, p. 454.) — LÉPINE et LYONNET. Sur l'état des gaines périvasculaires intra-cérébrales dans un cas de paralysie générale. (*Lyon méd.*, 1er déc.) — FOURNIER. De la valeur sémiologique du tremblement de la langue dans la paralysie générale. (*Thèse de Paris.*) WESTPHAL. Paralysie générale progressive avec arthropathies tabétiques. (*Berlin. klin. Woch.*, 1793, 9 sept.) — ISCOVESCO. Sur un cas d'hypothermie dans la paralysie générale. (*Soc. de biol.*, 23 nov.) — RIEBETH. Cas d'atrophie musculaire dans la paralysie progressive. (*Münch. med. Woch.*, 37, p. 859.) — CHATELIN. Paralysie générale débutant comme une lypémanie. (*Bull. méd. Nord*, 27 déc.) — DILLER. L'association du tabes avec la démence paralytique. (*Med. Record*, 5 oct.)

Parole. — PICK. Recherches nouvelles sur la pathologie de la parole. (*Arch. f. Psych.*, XXVIII, 1.) — COEN. Des troubles de la parole et de leur traitement. (*Wiener med. Woch.*, 20 juill.)

Parotide. — Hauthorne. 4 cas de parotidite secondaire. (*Glasgow med. j.*, juill.)—Carslaw. 2 cas de parotidite suite de grippe et de pneumonie. (*Ibid.*) — Ross. Parotidite bilatérale suppurée après hystérectomie. (*Med. News*, 5 oct. p. 389.) — W. Janowski. Cas de parotidite suppurée à bacilles typhiques. (*Kron. lek.*, mai.)

Pathologie. — Linossier. Un nouveau procédé de délimitation des organes par la percussion et l'auscultation combinées. (*Lyon méd.*, 15 déc.) — Springer. Les progrès de la pathologie générale. (*Rev. gén. des sc. pures* 15 nov.)

Paupière. — Bach. Les nerfs des paupières et de la sclérotique chez l'homme et chez le lapin, après recherches par la méthode de Golgi-Cajal. (*Grœfe's Arch.*, XLI, 3.) — Gradle. La forme palpébrale du catarrhe printanier. (*Arch. of opht.*, XXIV, 4.) — J. Duclos. Du blépharospasme et de la copiopie. (*Ann. policl. Bordeaux*, nov.) — Scott. Ankyloblépharon complet. (*Trans. opht. Soc.*, XV, p. 49.) — Augstein. De l'opération d'ectropion. (*Cent. f. prakt. Augenh.*, déc.) — Knapp. Traitement opératoire des formes sévères d'ectropion et de trichiasis. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 19 oct.) — Grossmann. Gangrène unilatérale de la paupière, ectropion cicatriciel. (*Allg. med. Cent. Zeit.*, 20 juill.) — Evans. Nouvelle opération pour le ptosis. (*N. York med. j.* 21 déc.) — Dubreuilh. Un cas de tricophytie de la paupière. (*Arch. clin. Bordeaux*, oct.) — Keyser. Un cas d'enchondrome du cartilage de la paupière. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 9 nov.) — Breda. Frambœsa brésilienne de la paupière. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXX, 4.) — Cabannes. Angiome palpébral. (*Journ. méd. Bordeaux*, 22 déc.) — Becker. Contribution à l'étude des tumeurs de la paupière (lymphangiomes). (*Grœfe's Arch.*, XLI, 3.) — Harlan. Epithéliome des paupières; opération plastique. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 19 oct.) — Holtz. Greffes épidermiques sur les paupières. (*Ibid.*) — Johnson. Transplantation de la peau dans les opérations plastiques des paupières. (*Ibid.*)

Peau. — Heitzmann. Développement des muscles striés de la peau, platysma myoïde. (*Arch. f. Dermat.*, XXXIII, 1 et 2.) — Buck. Histologie des inflammations de la peau par l'emploi du pyrogallol. (*Mon. f. prakt. Dermat.*, XXI, 12.) — Unna. Coloration des microrganismes de la peau. (*Ibid.*, XXI, 11.) — Gaucher. Dermatoses diathésiques et dermatoses pathogénétiques. (*Bull. méd.*, 4 déc., et *Tribune méd.*. 4 déc.) — Smith. Diététique des maladies de la peau. (*Dublin journ.*, nov.) — Giedroyé. Symptômes cutanés dans les maladies internes. (*Kron. lek*, 1er août.) — Pye Smith. Affections de la peau survenant dans le courant de la maladie de Bright. (*Brit. med. j.*, 30 nov.) — Bulkley. Les troubles du sommeil dans les affections de la peau. (*Med. Record*, 16 nov.) — Pathologie et traitement du prurit, discussion à l'Ass. brit. (*Brit. med. j.*, 30 nov.) — Influence du régime sur l'étiologie et le traitement des maladies de la peau, discussion à l'Ass. brit. (*Ibid.*) — Bregman. De l'œdème cutané aigu. (*Wiener med. Woch.*, 26 oct. — Michel. Trophonévrose cutanée de la nuque. (*Loire méd.*, 15 sept.) — Spiegler. D'une affection cutanée pernicieuse non encore décrite. (*Arch. f. Dermat.*, XXXIII, 1 et 2.) — Wechselmann. Les récents travaux sur l'épidermolyse bulbeuse héréditaire. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 oct.) — Tedeschi. Du strophulus. (*Thèse de Bordeaux.*) — Tuppert. Desquamation de l'épiderme sur tout le corps. (*Münch. med. Woch.*, 25, p. 583.) — Hartzell. Un cas de folliculite agminée de cause parasitaire. (*Journ. of cut. dis.*, nov.) — G. Baudouin. Des mélanodermies. (*Union méd.*, 23 nov.) — Traschler. Etude de deux cas de piedra nostras. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXII, 1.) — Coyne.

Tumeur calcifiée de la peau. (*Journ. méd. Bordeaux*, 22 déc.) — G.J. Müller. Emploi dermo-thérapeutique de l'adeps lanœ. (*Mon. f. prakt Derm.*, XXII, 1.) — Prunier. Du soufre en dermatologie. (*Bull. Acad. méd.*, 15 oct.) — Féré. Hygiène de la peau dans la bromuration. (*Journ. conn. méd.*, 12 déc.)

Pemphigus. — Pernet. Etiologie du pemphigus aigu. (*Brit. med. j.*, 21 déc.) Tommasoli. Du pemphigus des jeunes filles et du pemphigus hystérique. (*Journ. mal. cut.*, 8.) — Demme. Pemphigus aigu des muqueuses bucco-pharyngées. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 900, 14 oct.) — Montgomery. Emploi de la belladone dans le pemphigus. (*Med. News*, 16 nov.)

Périnée. — V. Woerz. Des déchirures du périnée à la clinique de Schauta. (*Monats. f. Geburts.*, juill.) — Rockey. Un nouveau rétracteur périnéal. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 31 août.)

Péritoine. — Potain. Diagnostic de la péritonite sus-hépatique. (*Bull. méd.*, 13 nov.) — Krupezky. Un cas de péritonite syphilitique. (*Wiener med. Blätter*, 40.) — Pichevin et A. Petit. De l'infection péritonéale chirurgicale, en particulier après les interventions sur les organes génitaux internes. (*Arch. de tocol.*, déc.) — Julliard. Péritonite purulente aiguë généralisée. Double laparotomie. Guérison. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XV, 7 et 10.) — Guérin. Péritonite sous-diaphragmatique. (*Journ. méd. Bordeaux*, 21 nov.) — Lenhart. La péritonite tuberculeuse. (*Med. Record*, 26 oct.) — Péguriet. Note sur un cas de péritonite tuberculeuse traitée par des lavements de naphtol camphré. (*N. Montpellier méd.*, 30 nov.) — Caubel et Baylac. Note sur un cas de péritonite tuberculeuse traitée par la ponction suivie du lavage avec de l'eau stérilisée chaude. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 20 déc.) — Tachard. Kyste séreux du mésentère. (*Cong. Ass. franç. Bordeaux*.)

Pharmacologie. — Lewin. Remarques critiques sur la pharmacologie et la toxicologie. (*Deut. med. Woch.*, 21 nov.) — Dupuy. La nouvelle législation pharmaceutique. (In-8°, 128 p., *Paris*.) — Joffroy et Serveaux. Considérations générales sur la recherche de la toxicité : toxicité expérimentale et toxicité vraie. (*Arch. de méd. exp.*, VIII, 1.) — E. J. Kotlar. Rôle physiologique et clinique des amers. (*Vratch*, 23 nov.) — Clopatt. Recherches expérimentales sur les purgatifs. (*Arch. de méd. exp.*, VIII, 1.) — Nenck et Zaleski. Estimation de l'ammoniaque dans les tissus et liquides organiques. (*Arch. f. exp. Path.*, XXXVI, 5 et 6.) — J. Prévost. Expériences pharmacologiques sur les extraits de convallaria, de digitale et d'aconit. (*Rev. méd. suisse rom.*, XV, 9.) — Vinci. Action de la caféine sur la pression sanguine. (*Arch. di farmacol.*, III, 8.) — Walti. Action de l'atropine sur la sécrétion urinaire. (*Arch. f. exp. Path.*, XXXVI, 5 et 6.) — Sharp. Le groupe atropine. (*Brit. med. j.*, 21 déc.) — Snow. La lorétine, nouvel antiseptique. (*Ibid.*) — Wild. Pharmacologie des alcaloïdes de l'ipéca. (*Lancet*, 23 nov.) — Korff. Nouvelles communications sur la lorétine. (*Münch. med. Woch.*, 28, p. 646.) — Scofone. Sur l'action physiologique de la ricinine. (*Giorn. Accad. di med. Torino*, nov.) — Askanazy. Recherches cliniques sur la diurétine. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LV, p. 209.) — Grethe. De l'action de différents dérivés quiniques sur les infusoires. (*Ibid.*, LV, p. 189.) — Brossemoret. Sur les sels doubles de théobromine. (*Journ. des Praticiens*, 16 nov.) — D. A. Kamensky. Action de la scopolamine sur la fonction secrétoire des glandes gastriques et sudoripares. (*Vratch*, 23 nov.) — Olderogge et Yourmann. Action calmante et hypnotique de la scopolamine. (*Ibid.*, 14 déc.) — Harnack. L'érytrophléine ancienne et la nouvelle.

(*Berlin. klin. Woch.*, p. 759, 2 sept.) — Gaston. Réflexions sur la santonine. (*Gaz. méd. Nantes*, 12 déc.) — Santesson. Crampes et action du curare. (*Skand. Arch. f. Phys.*, VI, 4.) — Prat-Flottes. Le chone ou cerbera manghas calédonien. (*Arch. de méd. nav.*, nov.) — Critzmann. Le poison des flèches. (*Ann. d'hyg. publ.*, oct.) — Nelis. L'huile de foie de morue au point de vue de la substitution et de la sophistication. (In-8°, *Louvain.*) — Eschle. De l'absorption et de l'élimination du gaïacol et du carbonate de gaïacol. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXIX, 3.) — Arenson. Synthèse des oxy-aldéhydes avec les bases aromatiques. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Nebelthau. De l'action des amides aromatiques. (*Arch. f. exp. Path.*, XXXVI, 5 et 6.) — Binz. Action paralysante de la phénylhydroxylamine. (*Ibid.*) — Mosso et Paoletti. Sur l'action physiologique de la formaline. (*Arch. ital. de biol.*, XXIV, 3.) — Wehr. Du formaldéhyde. (*Przeglad lekarski*, 14.) Fawcett. De la pipérazine. (*Guy's hosp. Rep.*, LI, p. 67.) — Stepp. Nouvelles communications sur l'emploi du bromoforme. (*Münch. med. Woch.*, 36, p. 835.) — Binz et Zuntz. De l'action de l'élimination du nosophène dans le corps animal. (*Fortschr. der Med.*, XIII, p. 517.) — Lieven. Recherches sur la tétraiodphénolphtaléine (nosophène) et sur son sel sodique (antinosine). (*Münch. med. Woch.*, 22, p. 510.) — E. Riegler. L'aseptol et l'asaprol dans leurs rapports avec les albumines. (*Wiener med. Blaetter*, 35.) — Rosenfeld. De l'emploi de l'ichtyol. (*Wiener med. Presse*, 22 déc.) — Eberson. L'ichtyol et son action. (*Ibid.*, 20 oct.) — Nicolas et Raoult-Delongchamps. Sur le pouvoir antiseptique de la chloroline. (*Province méd.*, 22 juin.) — P. Binet. Toxicologie comparée des phénols. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XV, 11 et 12). — Senfft. Sur l'action de la lactophénine. (*Wiener med. Presse*, 15 déc.) — Gréhant. Recherches physiologiques sur l'acétylène. (*Arch. de phys.*, VIII, 1.) — Féré. Recherches sur la puissance tératogène et sur la puissance toxique de l'acétone. (*Ibid.*, VIII, 1.) — Brouner. Sur la toxicité de l'acétylène. (*Acad. des sc.*, 25 nov.) — Hildebrandt. De l'apolysine et du citrophène. (*Cent. f. inn. Med.*, 45.) — Saalfeld. De l'europhène. (*Therap. Monats.*, nov.) — Koppal. De quelques nouvelles préparations d'aluminium. (*Ibid.*) — Telmon. Calomel et aliments salés. (*Montpellier méd.*, 21 déc.) — Baumann. Présence normale de l'iode dans l'organisme. (*Zeit. f. phys. Chem.*, XXI, 4.) — Petges. Sur le traitement de l'iodisme par l'extrait de belladone. (*Thèse de Lyon.*) — G. Castronuovo. Action du cuivre sur le sang et sur les échanges nutritifs. (*Progresso med.*, 28 oct.) — Binz. Oxydation de l'acide arsénieux par les liquides de l'organisme. (*Arch. f. exp. Path. u. Pharm.*, XXXVI, p. 175.)

Pharynx. — Blache. Moyen pratique d'obtenir l'antisepsie buccale et pharyngée ; canule abaisse-langue de Guersant. (*Méd. moderne*, 30 nov.) — Bosworth. Rapports des troubles vaso-moteurs avec les affections des voies aériennes supérieures. (*N. York med. j.*, 23 nov.) — Sterling. Pharyngites et rhumatisme articulaire aigu. (*Kron. lek.*, 1er nov.) — Blondiau. Des pharyngites chroniques et de leur traitement par le phénol sulforiciné. (*Bull. Soc. franç. d'otol.*, XI, p. 437.) — Krebs. De la pharyngite sèche ou atrophique. (*Mon. f. Ohrenh.*, juin.) — Dollinger. Des abcès rétro-pharyngiens idiopathiques. (*Jahrb. f. Kind.*, XLI, 2.) — Levrey et Ghika. Mort subite au moment de l'ouverture d'un abcès rétro-pharyngien. (*Journ. de clin. inf.*, 17 déc.) — Trouw. Phlegmon aigu infectieux du pharynx. (*Nederl. Tijd. v. gen.*, II, p. 298.) — Brewer. Hémorragie pharyngée mortelle (suite de phlegmon périamygdalien) venant du pilier postérieur (?) (*N. York Acad. of med.*, 18 déc.) — Reumaux. Traitement des abcès rétro-pharyngiens, incision par le cou. (*Thèse de Lille.*) — Flatau. Gomme ulcérée salpingo-pharyngienne. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 nov.) — Yerwant. Etude

statistique des végétations adénoïdes. (*Cong. int. d'otol.*, *Florence*, sept.) — Arslan. Contribution statistique à l'étude des végétations adénoïdes du rhino-pharynx. (*Ann. mal. de l'or.*, déc.) — Hopman. Les tumeurs adénoides comme manifestation de l'hyperplasie de l'anneau lymphatique de la gorge. (In-8°, 50 p., *Halle.*) — Knight. Les tumeurs adénoïdes pharyngées. (*Intern. clin.*, I, 5e sér.) — Dalby. Tumeurs adénoïdes du pharynx. (*Lancet*, 30 nov.) — Straight. Céphalée par tumeurs adénoïdes. (*Med. News*, 9 nov.) — Lederman. L'hypertrophie de l'amygdale pharyngée comme facteur de l'otite suppurée. (*Manhattan eye and ear hosp.*, janv.) — Bar. Considérations sur l'ablation des végétations adénoïdes. (*Nice méd.*, déc.) — Chaumier. Ce qu'il faut penser du traitement des végétations adénoïdes par la résorcine. (*Méd. moderne*, 25 déc.) — Beckmann. Instrument pour l'ablation des amygdales pharyngées. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 oct.) — Hessler. De l'opération des végétations adénoïdes avec le nouveau pharyngotonsillotome de Schütz. (*Münch. med. Woch.*, 24, p. 559.) — Bar. Otite moyenne suppurée et mastoïdite consécutives à l'ablation de végétations adénoïdes pendant une épidémie d'influenza. (*Cong. d'otol. Florence*, sept.) — Boyd. Résection temporaire du maxillaire supérieur pour une tumeur naso-pharyngée. (*London med. Soc.*, 11 nov.) — Garzia. Cas rare d'adénome naso-pharyngé. (*Boll. mal. dell' or.*, XIII, p. 311.) — Wright. Kystes du pharynx nasal et buccal. (*N. York med. j.*, 7 déc.) — Iwanicki. Des tumeurs malignes de la cavité naso-pharyngée. (*Kron. lek.*, avril.) — Scheinmann. Sarcome du pharynx nasal. (*Berl. klin. Woch.*, 11 nov.) — Kanthack. Cancer du pharynx. (*London lar. Soc.*, 9 oct.) — Kocher. Pharyngotomie sous-hyoïdienne pour dentier dans l'œsophage. (*Corr. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 oct.)

Physiologie. — Richer. Physiologie artistique. (In-8°, 335 p., *Paris.*) — Winter. De la condensation moléculaire des liquides de l'organisme. (*Arch. de phys.*, VIII, 1.)

Pied. — Roche. Des sarcomes des parties molles de la région plantaire. (*Thèse de Bordeaux.*) — Gangolphe. Pied bot varus équin traité par l'astragalectomie et les sections tendineuses. (*Lyon méd.*, 15 déc.) — Ricketts. Un cas de double pied bot et de double main bote ; traitement. (*Journ. Americ. med. Ass.*., 12 oct.) — Lebrun. Pied varus équin congénital double. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 nov.) — Brunswic. Pied bot de la paralysie infantile et son traitement chirurgical. (*Thèse de Paris.*) — Kappeler. Ablation du col de l'astragale pour pied bot varus congénital. (*Corr. Blatt f. schw. Aerzte*, 15 juill.) — Whitman. Du pied faible ; causes, diagnostic, analyse de 1,000 cas de pied plat. (*N. York med. j.*, 9 nov.) — Kirmisson. Traitement du pied plat valgus douloureux. (*Bull. méd.*, 30 oct.) — Obalinski. Une modification dans l'opération de Gleich pour pied plat. (*Wiener med. Presse*, 13 oct.)

Pityriasis. — Mourek. Du pityriasis rubra-pilaire. (*Arch. f. Derm.*, XXXIII, 1 et 2.)

Placenta. — Retterer. Le placenta des carnassiers. (*Rev. gén. des sc. pures*, 30 nov.) — Eden. Etude du placenta humain : physiologie et pathologie. (*J. of path. and bact.*, III, 4.) — Hueter. L'examen du placenta au point de vue du diagnostic de son insertion. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 juin.) — Shaw. Deux cas de placenta prœvia traités par le ballon de Champetier de Ribes. (*Brit. gyn. j.*, fév.)

Plaie. — Jolly. Sur la réunion des plaies cutanées chez la grenouille. (*Soc. anat. Paris*, 29 nov.) — Hall. Etude sur les blessures par armes à feu. (*Boston med. journ.*, 14 nov.)

Plèvre.— Péron. Recherches anatomiques et expérimentales sur la tuberculose de la plèvre. (*Thèse de Paris.*) — Moir. Pleurésie diaphragmatique. (*Indian Lancet*, 1er nov.) — Sainsbury. Pleurésie chronique droite avec compression de la veine cave supérieure, simulant une tumeur intra-thoracique. (*Lancet*, 30 nov.) — Fürrbinger et Bargebuhr. Epanchements chyleux et chyliformes de la plèvre et du péricarde. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LIV, p. 410.) — Fernet. Embolies pulmonaires, suivies d'épanchement séro-sanguinolent dans la plèvre, et ultérieurement de pneumothorax et de pleurésie purulente. (*Soc. méd. des hôp.*, 25 oct.) — Oberlé. De l'empyème gangreneux. (*Thèse de Lyon.*) — White et Pearce. Empyème secondaire à la pneumonie lobaire. (*Guy's hosp. Rep.*, LI, p. 13.) — Holst. Sur un cas de pyopneumothorax consécutif à la ponction d'un empyème. (*Norsk Magazin*, oct.) — Triviot. Du cancer primitif de la plèvre. (*Thèse de Lyon.*)

Poil. — Delabaude. De l'alopécie congénitale circonscrite. (*Thèse de Bordeaux.*) — V. Essen. Etude bactériologique sur un cas de trichorrexie noueuse de la barbe. (*Arch. f. Dermat.*, XXXIII, 2.) — Petersen. Trichorrexie noueuse. (*Vratch*, 1er déc.) — Spiegler. De la trichorrhexis nodosa et de son agent pathogène. (*Wiener med. Bl.*, 38.) — Giovannini. Etude histologique de la kératose pilaire. (*Sperimentale*, sez. clin., 1er déc.)

Poumon. — Winogradski. Recherches microscopiques sur les poumons des nouveau-nés. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Mosny. Sur la culture du pneumocoque. (*Soc. de biol.*, 21 déc.) — Grimbert. Sur les fermentations provoquées par le pneumobacille. (*Acad. des sc.*, 11 nov., et *Soc. de biol.*, 16 nov.) — Grimbert. Recherches sur le pneumobacille de Friedländer. (*Ann. Inst. Pasteur*, IX, 11.) — Grimbert. Action du pneumocoque sur les sucres. (*Journ. de pharm.*, 15 déc.) — Cassedebat. De la virulence du pneumocoque dans les crachats. (*Rev. d'hyg.*, déc.) — Lichtheim. Contribution à la connaissance des cristaux de Charcot et de Böttcher. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LIV, p. 515.) — Widal. Pathogénie des maladies des voies respiratoires. (*Presse méd.*, 9 nov.) — Huchard. L'œdème aigu du poumon et son traitement. (*Rev. int. de méd.*, nov., et *Journ. des Praticiens*, 7 déc.) — Licciardi. Induration brune du poumon. (*Riforma med.*, 2 déc.) — Finkler. Infection des poumons par le streptocoque et le bacille de la grippe. (*Bonn.*) — Dominici. Un cas de pneumococcie généralisée. (*Soc. anat. Paris*, 15 nov.) — Bentivegna. Le vague et le sympathique dans la pathogénie de la pneumonie expérimentale. (*Policlinico*, 15 juill., et *Arch. ital. de biol.*, XXIV, 2.) — Boutry. De la pneumonie disséquante. (*Thèse de Paris.*) — Tordeus. Rapports de la pneumonie croupale et de l'hépatomégalie. (*Journ. de méd. Bruxelles*, 23 nov.) — Bein. De la pneumonie fibrineuse aiguë. (*Charité Ann.*, XX, p. 150.) — Malenchini. Recherches sur une épidémie de pneumonies malignes (psitacoses?). (*Lo Sperimentale*, sez. biol., p. 157.) — Coromido. Du délire pneumonique. (*Thèse de Paris.*) — Bollinger. Des causes de mort dans la pneumonie. (*Münch. med. Woch.*, 32, p. 145.) — Dejardin. Traitement de la pneumonie chez les opérés. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 déc.) — Annequin. Perforation de la poitrine par une balle de revolver ; hémo-pneumothorax, pleurésie purulente, empyème ; guérison. (*Dauphiné méd.*, nov.) — Quincke. De la pneumotomie. (*Mittheil. Grenz. d. Med. u. Chir.*, I, 1.) — Sackur. Du pneumothorax. (*Zeit. f. klin Med.*, XXIX, 1 et 2.) — Monod. Deux observations de pneumotomie et remarques. (*Mercredi méd.*, 11 déc.) — O. Hewelke. Cas de gangrène pulmonaire d'origine traumatique. (*Kron. lek.*, 15 oct.) — Wolf. Du cancer primitif du poumon. (*Forts. d. Med.*, XIII, 18.)

Prostate. — Lusena. Disposition des cellules musculaires lisses de la prostate. (*Anat. Anz.*, XI, 13.) — Legueu. Des rapports entre les testicules et la pros-

tate. (*Arch. de phys.*. VIII, 1.) — PICARD. Traité des maladies de la prostate et des vésicules séminales. (In-16, 282 p., *Paris*, 1896.) — ABEILLE. Traitement de la prostatite par l'eau chaude et le permanganate de potasse. (*Rev. clin. d'andr.*, 13 nov.) — HARRISON. Pathologie de l'hypertrophie de la prostate. (*Brit. med. j.*, 28 déc.) — COLIN. Traitement des prostatiques. (*Rev. int. de méd.*, nov.) — MOULLIN. Les résultats immédiats de la castration dans l'hypertrophie de la prostate. (*Lancet*, 30 nov.) — WHITE. Expériences récentes sur le traitement chirurgical de l'hypertrophie prostatique. (*Med. News*, 30 nov.) — ROBERTS. Hypertrophie de la prostate ; ablation des deux testicules ; mort. (*Ibid.*, 9 nov.) — LENDON. Castration pour hypertrophie prostatique. (*Australasian med. Gaz.*, 20 sept.) — RAMM. De la castration dans l'hypertrophie prostatique. (*Nord. med. Ark.*, V, 29.) — FAISST. Traitement de l'hypertrophie prostatique par la castration. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIV, 3.) — BRUNS. De la cure radicale de l'hypertrophie de la prostate, en particulier par la castration. (*Mitt. Grenz. Med. u. Chir.*, I, 1.) — WARHOLM. De la prostatectomie latérale dans l'hypertrophie prostatique. (*Nord. med. Ark.*, XXVII, 30.) — MOULLIN. Prostatectomie sus-pubienne. (*London clin. Soc.*, 8 nov.) — NIENHAUS. De la prostatectomie. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIV, 2.) — DUPRAZ. Sarcome de la prostate avec métastase dans l'omoplate gauche. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XV, 294.) — LABADIE. Du cancer de la prostate. (*Thèse de Lyon.*)

Protozoaire. — PICK. La question des protozoaires en gynécologie. (*Berl. klin. Woch.*, 22.) — PFEIFFER. Les protozoaires comme causes des maladies. — Compléments : 1° des sérumsporidies chez les animaux inférieurs sans globules ; 2° Contribution à l'extension des microsporidies dans le règne animal ; 3° Rectification, au sujet des coccidies de l'œuf de poule de Schuberg ; 4° Contribution à l'étiologie du carcinome et son existence à l'état d'endémie ; 5° Contribution à la connaissance des parasites de la variole et de leurs variétés biologiques. (In-8°, *Iéna.*)

Prurigo. — MIBELLI. Des variétés de prurigo. (*Monats. f. prakt. Derm.*, XXI, 6.)

Psoriasis. — PEARSE. Du psoriasis dit goutteux. (*Lancet*, 14 déc.) — LEDERMANN. Forme abortive du psoriasis vulgaire de la main. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 709, 12 août.) — DIND. Indicanurie des psoriasiques. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XV, p. 285.) — THÉVENIN. Deux cas de psoriasis traités par l'extrait de thyroïde. (*Journ. mal. cut.*, 8.) — HEMSTED. Guérison d'un psoriasis datant de 26 ans. (*Brit. med. j.*, 28 déc.)

Psychologie. — LANGE. Les émotions, étude psycho-physiologique, trad. de Dumas. (In-8°, *Paris.*) — E. RÉGIS. Le délire de rêve chez le vieillard. (*Journ. méd. Bordeaux*, 27 oct.) — DUSOLIER. Psychologie des derniers Valois, François II, Charles IX, Henri III. (*Thèse de Lyon.*) — STRONG. Psychologie de la douleur. (*Psych. Review*, II, 4.) — SHAND. Attention et volonté, étude sur les actions involontaires. (*Mind*, IV, 16.)

Psychose. — ALTHAUS. De l'hypochondrie et de la nosophobie. (*Deut. Arch f. klin. Med.* LIV, p. 487.) — ELLIOTT. Sur la mélancolie simple. (*Med. Record*, 5 oct.)

Puerpéral (État). — RAPIN. Sur la fièvre puerpérale sans localisation. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XV, 5 et 10.) — AHLFELD. Etat présent de la question de la fièvre perpuérale. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 oct.) — GROUND. Causes

et prophylaxie de la fièvre puerpérale. (*Med. Record*, 19 oct.) — Jaworski. Etiologie et pathogénie de la fièvre puerpérale. (*Kron. lek.*, 1er oct.) — Landau. Ulcérations puerpérales du vagin. (*Monats. f. Geburts.*, juill.) — Neumann. De la bradycardie puerpérale. (*Ibid.*, oct.) — Mc Cuaig. Pronostic dans la folie puerpérale. (*Med. News*, 16 nov.) — Duke. Curetage de l'utérus dans la septicémie puerpérale. (*Lancet*, 14 sept.) — Miller. Traitement de la septicémie puerpérale. (*Med. News*, 5 oct., p. 389.) — Mcmurtry. Opérations dans la septicémie puerpérale. (*Ibid.*) — Gaulard. Deux cas de sérothérapie dans la fièvre puerpérale. (*Presse méd.*, 30 nov.) — Fehling. De l'amputation sus-vaginale de l'utérus puerpéral septique. (*Cent. f. Gynaek.*, 7 sept.) — Holmes. Doit-on pratiquer l'hystérectomie dans la septicémie puerpérale? (*Journ. Americ. med. Ass.*, 23 nov.)

Purpura. — Unna. Sur le purpura sénile. (*Wiener med. Presse*, 6 oct.) — Galliard et Marchais. Purpura hémorragique mortel chez un phtisique. (*Cong. Ass. franç. Bordeaux.*)

R

Rachis. — Garbowski. La région vertébrale des oiseaux. (*Anat. Anz.*, XI, 14.) Regalia. Cause générale des anomalies du rachis. ((*Monit. zool. ital.*, VI, 6.) — Jacoby. Ponction lombaire dans l'espace sous-arachnoïdien. (*N.-York med. j.*, 28 déc.) — Quincke. De la ponction lombaire. (*Berl. klin. Woch.*, 14 oct.) — Gönner et Haffter. Coccigodynie. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 15 janv.) — Higier. Sur une forme très rare de sclérose alternante dans la sciatique. (*Neurol. Cent.*, 15 nov.) — Bregman (L.) Sur les causes de la scoliose dans la sciatique. (*Kronika lek.*, avril.) — Coley. La scoliose au point de vue médical. (*Practitioner*, déc.) — Bradford et Brackett. L'emploi des forces mécaniques dans le traitement de la scoliose. (*Boston med. journ.*, 10 oct.) — Wagner. Qualités des appareils de Hessing pour la scoliose. (*Berlin. klin. Woch.*, 2 sept.) — Gluck. Appareils pour la scoliose. (*Ibid.*, 26 août.) — Tausch. Appareil de redressement pour la scoliose. (*Münch. med. Woch.*, 10 déc.) — Goldthwart. Un cas d'ostéo-arthrite de la région cervicale du rachis chez une femme de 60 ans; guérison. (*Boston med. journ.*, 26 déc.) — Hahn. De l'ostéomyélite aiguë des vertèbres. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIV, 1.) — Lambotte. Traumatisme rachidien avec hyperpyrexie mortelle. (*Presse méd. belge*, 50.) — Fleury. Du diagnostic de la lésion médullaire dans les traumatismes du rachis. (*Thèse de Paris.*) — Morin. Essai critique sur le traitement de la paraplégie pottique. (*Thèse de Bordeaux.*) — Jonnesco. Mal de Pott dorso-lombaire. (*Bull. méd.*, 6 nov.) Reinert. Résultats de l'extension dans les paralysie de la moelle par compression due à la spondylite (*Beit. z. klin. Chir.* XIV, 2.) — Kent. Longue survie à la suite d'une lésion de la colonne vertébrale dans la région cervicale. (*Med. Record*, 5 oct.) — Oppenheim. Un cas de tumeur du rachis. (*Berl. klin. Woch.*, 25 nov.) — Broca et Cazin. Du rôle des vestiges de l'intestin post-anal dans la production de certaines tumeurs congénitales de la région coccygienne. (*Rev. d'orthop.*, nov.) — Van duyse. Tumeur sacro-coccygienne congénitale avec vésicule oculaire rudimentaire. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 oct.) — Rochet et Gourdiat. Résection totale du sacrum pour ostéite à forme nécrotique. (*Gaz. hebd. Paris*, 21 déc.)

Rachitisme. — HAGENBACH-BURCKHARDT. Etiologie du rachitisme. (*Berl. klin. Woch.*, 27 mai.) — STARR. Rachitisme dû au lait stérilisé. (*Americ. j. of med. sc.*, déc.) — STARCK. Maladie de Barlow et lait stérilisé. (*Münch. med. Woch.*, 42, p. 976.) — APERT. Achondroplasie. (*Soc. anat. Paris*, 20 déc.) KAMP. Du redressement spontané des déviations rachitiques des membres inférieurs. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIV, 1.)

Rage. — LEBEL et VEVESCO. Guérison d'un cas de rage chez l'homme. (*Ann. inst. Pasteur*, IX, 12.

Rate. — KULTSCHITZKY. Structure de la rate. (*Arch. f. mik. Anat.*, XLVI, 4.) PICOU. Sur certains points de l'anatomie topographique de la rate. (*Soc. anat. Paris*, 29 nov.) — BOTTAZZI. Les substances albuminoïdes de la rate. (*Arch. ital. de biol.*, XXIV, 3.) — BOTTAZZI. La rate considérée comme un organe hémocatatonistique (*Ibid.*) — BOTTAZZI. Physiologie de la rate. (*Lo Sperimentale, sez. biol.*, p. 408.) — GEORGIEWSKI. La leucocytose chez les animaux splénectomisés. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — PROSKONVIAKOFF. Rôle de la rate dans les variations de la leucocytose du sang. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — JOLLY. Rates surnuméraires chez l'enfant. (*Soc. anat. Paris*, 29 nov.)—CHARON. Hypertrophie de la rate chez un enfant de 11 ans, Splénectomie. Mort. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 nov.) — KOUWER. Deux cas de splénopexie pour rate flottante. (*Wiener klin. Woch.*, 24 oct.)—SYKOFF. Traitement de la rate flottante par la splénopexie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LI, 3.) — MARRIOTT. Splénectomie pour tuberculose de la rate. (*London path. Soc.*, 19 nov.)

Rectum. — KELSEY. Les limites des maladies du rectum comme spécialité. (*Med. Record*, 9 nov.)— AUDEBERT. Imperforation du rectum. (*Journ. méd. Bordeaux*, 15 déc.) — LAMBOTTE. Perforation multiple du rectum par empalement, laparotomie, guérison. (*Ann. Soc. belge de chir.*, 15 juill.) — BOGDANIK. La priorité de la colopexie dans le traitement du prolapsus rectal. (*Wiener med. Presse*, 1er déc.) — POWERS. L'épithéliome du rectum ; excision d'après la méthode de Kraske modifiée. (*J. Americ. med. Ass.*, 9 nov.) MONPROFIT. Cancer du rectum, ablation par la voie sacrée, fermeture secondaire de l'anus sacré, abaissement et fixation du rectum au niveau de l'anus normal. (*Arch. prov. de chir.*, IV, 12.) — QUÉNU. L'extirpation du rectum cancéreux. (*Presse méd.*, 9 nov.) — LILIENTHAL. Cancer du rectum, ablation par la méthode de Kraske. (*N.-York Acad. of med.*, 9 déc.) — DEPAGE. De la résection du rectum par la voie vaginale. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 nov.)

Réflexe. — MATHIS. Sur le rôle psychologique de l'action réflexe. (*Thèse de Bordeaux.*) — PANDI. Mécanisme cortical des phénomènes réflexes. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXI, 7.) — TCHOEUIWSKI. Sur les réflexes croisés. (*Soc. méd. de Karkoff.*) — CRAMER. Valeur diagnostique et pronostique du réflexe du genou en psychiatrie. (*Neurol. Cent.*, XIV, 19.)

Rein. — SCHMERBER. Recherches anatomiques sur l'artère rénale. (*Thèse de Lyon.*) — HUBER. Sur la résorption au niveau du rein. (*Arch. de Phys.*, VIII, 1.) — FREY. Recherches sur la diurèse et la diaphorèse. (*Berl. klin. Woch.*, 18 mars.) — M. JATTA. Contribution à l'étude de la nécrose par anémie de l'épithélium rénal. (*Riforma med.*, 18 oct.) — CESARIS-DEMEL. De la rapide apparition de la graisse dans les infarctus rénaux en rapport avec les bioplastes d'Altmann (*Arch. ital. de biol.* XXIV. 3.)—CAUSSADE. Pathogénie des néphrites aiguës. (*Union méd.*, 26 oct.)—CHARRIN. L'étiologie du mal de

Bright. La pathogénie des accidents. (*Journ. des Praticiens*, 28 déc.) — POSNER. Etiologie de la néphrite. (*Berlin. klin. Woch.*, 885, 7 oct.) — GOUGET. Du rôle de l'auto-intoxication dans la pathogénie des néphrites. (*Gaz. des hôpit.*, 30 nov.) — ENGEL. Sur la bactérurie dans les néphrites. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LV, p. 140.) — BAGINSKY et SOMMERFELD. Excrétion des bases xanthiques dans la néphrite. (*Arch. f. Phys.*, p. 562.) — CHARIER. Néphrite aiguë; sept observations en un mois et demi. (*Bull. Soc. méd. Angers*, p. 47, 1er semestre.) — CARRIEU. Néphrite parenchymateuse aiguë, primitive. (*N. Montpellier méd.*, 41, 12 oct.) — GROSMANN. Un cas de rein gravidique type. (*Münch. med. Woch.*, 26, p. 597.) — SENATOR. De la névralgie du rein. (*Berl. klin. Woch.*, 1er avril.) — LEGUEU. De l'anurie calculeuse. (*Gaz. hebd. Paris*(30 nov.) — LAROCHE. Rein unique atteint de pyélo-néphrite. Mort subite. /*Journ. méd. Bordeaux*, 15 déc.) — LAROCHE. Rein en fer à cheval. (*Ibid.*, 3 nov.) — AUPÉRIN. De la tuberculose rénale à forme hématurique. (*Thèse de Paris.*) — TRANTENROTH. Hématurie comme premier signe de la tuberculose du rein au début. (*Mittheil. Greuzgeb. med. u. chir.*, I, 1.)—ZELLER. Des phlegmons péri-néphrétiques tuberculeux d'origine rénale. (*Thèse de Lyon.*) — FLOERSHEIM. Diagnostic et traitement des pyélo-néphrites. (*Journ. des Praticiens*, 12 oc.) —MODINOS. Traitement de la néphrite aiguë par l'antipyrine. (*Soc. de biol.*, 9 nov.) — BAUR. Contrib. à l'action des bains salins carboniques, dans le mal de Bright chronique interstitiel. (*Münch. med. Woch.*, 32, p. 755.) — CASPER. Traitement de la pyélite par les lavages du bassinet par les voies naturelles. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 886, 7 oct.) — LEVI. Des altérations produites dans le rein par le chlorure de sodium. (*Lo Sperimentale sez. biol.*, p. 426.) — CHIPÉROWITCH. Traitement des néphrites par l'ingestion et l'injection des reins d'animaux. (*Gaz. clin. de Botkine*, 41-45.) — LAUWERS. Quelques observations de chirurgie rénale. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 déc.) — BRIAU. Expérience sur une méthode de néphropexie. (*Arch. prov. de Chir.*, IV, 11.) — PERTHES. De l'extirpation du rein. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLII, 3.) — ATWOOD. Un cas de néphrectomie par voie abdominale, guérison. (*Boston med. j.*, 31 octob.) — GUYON. Du rein mobile. (*L'Indépendance méd.*, 4 décemb.) — GLÉNARD. Diagnostic du rein mobile. (*Rev. mal. de nutrition*, 15 oct. et déc.) ROVSING. Diagnostic et traitement des calculs du rein. (*Arch. f. klin. Chir.*, LI, 4.) — KELLY. Diagnostic des calculs du rein chez la femme. (*Med. News*, 30 nov.) — MARCIGUEY. La néphrotomie dans l'anurie. (*Journ. des Praticiens*, 19 oct.) — KAREWSKI. Deux cas de néphrectomie pour néphrite puerpérale microbienne et pour tumeur maligne d'une capsule surrénale. (*Berl. klin. Woch.*, 28 janv.) — BARDELEBEN. Un cas de pyonéphrose. (*Ibid.*, 3 juin.) — HEINRICIUS. Tuberculose du rein, néphrotomie, néphrectomie. (*Finska läkar. Handlingar*, XXXVII, 10.) — FLAISCHLEN. Néphrectomie pour pyonéphrose. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 796, 9 sept.) — KAPPELER. Néphrectomie pour pyélonéphrite tuberculeuse. (*Corr. Blatt. f. Schweitz. Aerzte*, 15 juill.) — GUETERBOCK. Des blessures du rein. (*Arch. f. klin. Chir.*, 41, 2.) — BARON. Rupture du pédicule vasculaire du rein. (*Soc. anat. Paris*, 6 déc.) — HOLZ. De quelques manifestations rénales à la suite de chutes. (*Münch. med. Woch.*, 34.) — SCHRŒDER. Un cas de rupture du rein, guérie par le tamponnement. (*Münch. med. Woch.*, 32.) — CHRÉTIEN, Absence congénitale d'un rein. (*Soc. anat. Paris*, 15 nov.) — CHRÉTIEN. Rein kystique et rein atrophié. (*Ibid.*) — VITRAC. Gros rein polykystique. (*Journ. méd. Bordeaux*, 15 décembre.) — BARBIER et BROUSSOLLE. Hydronéphrose simulant un kyste de l'ovaire, néphrectomie, rein unique, mort par urémie 7 jours après l'opération. (*Bourgogne méd.*, déc.) — SCUDDER. Néphrectomie pour un adénome kystique chez une femme enceinte; guérison. (*Amer. j. of med. sc.*, déc.) — MARCHAND. Adénocarcinome volumi-

neux du rein gauche chez une femme. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 oct.) — Porte. Cancer du rein; sarcome de la dure-mère. (*Dauphiné méd.*, déc.) — Kelly. Uretérocystostomie 6 semaines après une hystérectomie vaginale. (*J. Hopk .hosp. Bull.*, fév.) — Spaletta. 2 cas de duplicité incomplète de l'uretère; bibliographie. (*Soc. anat. Paris*, 26 juill.) — Casper. Instrument pour le cathétérisme des uretères. (*Deut. med. Woch.*, 7.) — Gaither. Cathétérisme de l'uretère chez l'homme. (*Journ. of cut. dis.*, déc.) — Harvey Reed. Revue sur la chirurgie des uretères. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 16 nov.) — Van Hook. Quelques remarques sur la chirurgie des uretères. (*Ibid.*, 16 nov.) Borri. Implantation des uretères dans l'intestin. (*Policlinico*, 1er oct.) — Schwarz. De l'abouchement anormal de l'uretère et son traitement; remarques sur la vessie bilobée. (*Brit. z. klin. Chir*;, XV, 1.) — Rundle. Carcinome primitif de l'uretère. (*London path. Soc.*, 19 nov.) — Gourfein (D.) Recherches sur une substance extraite des capsules surrénales. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XV, n° 10.) — Letulle. Adénomes de la glande surrénale. (*Arch. des sc. méd.*, I, 1.) — Weinberg. Adénome double des capsules surrénales chez un malade ayant succombé à un épithélioma pavimenteux du larynx. (*Soc. anat. Paris*, juill., p. 628.) — Eurica. Tumeur de la capsule surrénale. (*J. of path. and bact.*, III, 4.) — Galidir. Diagnostic des tumeurs para-néphrétiques. (*Thèse de Paris.*)

Résection. — Cange. De la résection du coude. (*Thèse de Lyon.*) — Milliken Résection d'un coude tuberculeux chez un enfant. (*N.-York med. j.*, 23 nov.) — Mikulicz. Deux cas de résection de 10 centimètres des extrémités inférieures du radius ou du fémur pour sarcome central ou périostique. (*Berl. klin. Woch.*, 1er juill.) — Rose. Sur la résection du poignet. (*Ibid.*, p. 875, 7 oct.) — Vincent. Contribution clinique à l'étude de la résection pathologique de la hanche. (In-8°, 348 p. *Paris.*) — Brodier. De la résection du genou. (*Indép. méd.*, 25 déc.) — Nicolaï. Procédé de résection ostéoplastique métatarsotarsienne. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 août.)

Respiration. — Runge. Des causes adjuvantes du premier mouvement respiratoire et de la respiration intra-utérine, d'après Ahlfeld. (*Arch. f. Gyn.*, L. 2.) — Hallion et Comte. Sur les variations de volume des extrémités en rapport avec les mouvements respiratoires. (*Arch. de phys.*, VIII, 1.) — Bourgeois. Sur l'innervation respiratoire chez les oiseaux. (*Arch. de biol.*, XIV, 2.) — Willem et Schoenlein. De la pression du sang et de la respiration chez quelques poissons. (*Zeit. f. Biol.*, XIV, 4.) — Lœb et Hardesty. Localisation de la respiration dans les cellules. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXI, 11.) — Schenck. Mécanique de la respiration. (*Ibid.*, LXI, 7.) — Loeb. De l'action physiologique du manque d'oxygène. (*Ibid.*, LXII, 6 et 7.) — Zuntz et Geppert. De la régulation de la respiration par l'activité musculaire. (*Ibid.*, LXII, 6 et 7.) — Vernon. Des échanges respiratoires sur les invertèbrés inférieurs. (*Journ. of Phys.*, XIX, 1 et 2.) — Schmitz (N.-A.) Influence de l'air comprimé sur l'échange des matières azotées et sur l'assimilation de l'azote. (*Thèse de St.-Pétersbourg.*) — Edel. Spasme respiratoire réflexe. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 nov.) — Rémond et Beylac. Pouls lent permanent avec respiration de Cheyne Stokes et attaques épileptiformes. (*Arch. méd. Toulouse*, 15 déc.) — Hosch. Structure de la rétine des mammifères d'après les imprégnations d'argent. (*Graefe's Arch.*, XLI, 3.) — Bach. Recherches sur la structure histologique de la rétine. (*Ibid.*, XLI, 3.) — Green. Perception de la lumière aux différents points de la rétine. (*Brit. med. j.*, 23 nov.) — Tepljaschin. Altérations histologiques de la rétine après des blessures expérimentales. (*Arch. of Oph.*, XXIV, 4.) — Dolganofe. Sur les lésions de la rétine dans les mala-

dies infectieuses. (*Vratch*, 2 nov.) — BUERSTENBINDER. Recherches anatomiques sur un cas de rétinite pigmentaire. (*Arch. f. Opht.*, XLI, 4.) — FALCHI. De la formation des cavités kystiques dans la rétine. (*Ibid.*, XLI, 4.) — FISCHER. Rétinite proliférante. (*Trans. opht. Soc.*, XV, p. 124.) — DODD. Pigmentation congénitale de la rétine. (*Ibid.*, p. 193.) — LAWFORD. Disposition anormale des vaisseaux rétiniens. (*Ibid.*, p. 195.) — AXENFELD. De la rétinite septique de Roth. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 oct.) — FRIEDENWALD. Hémorragie de la rétine et du corps vitré chez de jeunes personnes, associés avec des affections manifestes des veines rétiniennes. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 26 oct.) — RIDLEY. Un cas de thrombose de l'artère centrale de la rétine, glaucome consécutif. (*London Opht. hosp. Rep.*, XIV, 1.) — BALL. Embolie de l'artère centrale de la rétine. (*N. York med. j.*, 30 nov.)

Rhumatisme. — LORENTZEN. Le rhumatisme à Copenhague de 1887 à 1891. (Broch. *Copenhague*.) — LASSORT. Du rhumatisme survenant au cours de la grossesse et des suites de couches. (*Thèse de Bordeaux*.) — BOISLEUX. Rhumatisme cérébral. (*Clinique franç*, 25 déc.) — CONKLING. Le cœur dans le rhumatisme. (*Brooklyn med. j.*, IX, p. 409.) — CHARRIN. Rhumatisme, cardiopathie, obésité. (*Bull. méd.*, 24 nov.) — GATAY. Phlébite rhumatismale. (*Thèse de Paris*.)—BENNET. Sur la limitation de l'arthrite chronique rhumatismale à certaines parties des articulations. (*Dublin journ.*, nov.) — LABBÉ. Du rhumatisme chronique progressif. (*Presse méd.*, 14 déc.) — CLAUS. Diathèse arthritique, migraine et salophène. (*Ther. Monats.*, nov.) FORESTIER. Traitement du rhumatisme par les applications de gaïacol. (*Journ. de méd. et de chir. pratiques*, 20 nov.)

Rougeole. — CZAJKOWSKI. Des microorganismes de la rougeole. (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 17. — COMBY. Note sur l'énanthème buccal de la rougeole. Stomatite érythémato-pultacée accompagnant l'éruption. (*Soc. méd. des hôpit.*, 22 nov.) — LEPRÉVOST. L'antipyrine dans la rougeole. (*Thèse de Paris*.) — CASPAR. Prophylaxie de la rougeole. (*Viert. f. ger. Med.*, IX, p. 395.)

Rouget. — LORENZ. Expériences de vaccination contre le rouget à l'aide d'un vaccin provenant du sérum sanguin des porcs immunisés contre la maladie. (*Deut. Zeich. f. Thierm.*, XVI.)

S

Salivaire. — MUNK. Présence du rhodanate de chaux dans la salive. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXI, 11.) — LEGUEU et MARIEN. Tuberculose des glandes salivaires. (*Soc. de biol.*, 21 déc.) — MONTAGNON. Calcul salivaire du canal de Wharton. (*Loire méd.*, 15 nov.) — DELARUE. Thérapeutique chirurgicale des fistules salivaires. (*Thèse de Paris*.)

Sang. — DEHLER. Structure fine des globules rouges chez l'embryon de poulet. (*Arch. f. mik. Anat.*, XLVI, 3.) — SAXER. Du développement des globules rouges et blancs du sang. (*Anat. Anzeiger*, XI, 11.) — LINSLEY. De l'examen du sang. (*Med. Record*, 16 nov.) — MARTIN. Méthode simple et rapide de

dessécher le sérum et de le garder stérile. (*J. of path. and bact.*, III, 4.) — Eykman. Sur la méthode de Bleibtreu pour l'estimation du volume des corpuscules du sang. (*Arch. f. ges. Phys.*, LX, 7 et 8.) — Réponse de Bleibtreu. (*Ibid.*) — Hedin. De l'utilité de la centrifugation pour les recherches quantitatives sur le sang. (*Ibid.*, LX, 7 et 8.) — Mayet. Nouvel appareil pour la centrifugation des liquides organiques du sang. Nouveau procédé pour l'appréciation du poids des globules du sang à leur état d'humidité naturelle. (*Lyon méd.*, 3 nov.) — Sémakine. De la distribution inégale des globules blancs au sein des vaisseaux. (*Arch. sc. biol. Saint-Pétersbourg*, IV, 2.) — Pagano. Sur une nouvelle propriété du sang de quelques animaux. (*Arch. per le sc. med.*, XIX, 2, et *Arch. ital. de biol.*, XXIV, 2.) — Leathes. Expériences sur les échanges fluides entre le sang et les tissus (*Journ. of phys.*, XIX, 1 et 2.) — Bottazzi. Sur le métabolisme des globules rouges du sang. (*Arch. ital. de biol.*, XXIV, 3.) — Grawitz. Influence de la nutrition sur les modifications du sang. (*Berl. klin. Woch.*, 2 déc.) — Tobiesen. Teneur spécifique du sang en oxygène. (*Skand. Arch. f. Phys.*, VI, 4.) — Cloetta. Production et combinaison des sels d'hémine. (*Arch. f. exp. Path.*, XXXVI, 5 et 6.) — Rawitz. Modification de la coloration de l'hématéine. (*Soc. de phys. Berlin*, 25 oct.) — Bock. Des modifications de la méthémoglobine par la lumière. (*Skand. Arch. f. Phys.*, VI, 4.) — Bottazzi. L'Az total des globules rouges et son rapport avez l'Az hémoglobinique dans les différentes classes de vertébrés. (*Arch. ital. de biol.*, XXIV, 2.) — Busch et Kerr. Des rapports de la gravité spécifique du sang et de sa teneur en hémoglobine. (*Med. News*, 21 déc.) — Ruhrah. Diminution de l'hémoglobine pendant le sommeil. (*N. York med. j.*, 7 déc.) — Di Frassinetto. Des albuminoïdes du sérum sanguin. (*Lo Sperimentale, sez. biol.*, p. 301.) — Biondi. Sur le dépôt de pigment ferrugineux dans les organes à la suite de l'hémolyse. (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, XVIII, p. 174.) — Spitzer. Du pouvoir destructeur du sucre du sang et des tissus. (*Arch. f. ges. Phys.*, LX, 7 et 8.) — Hénocque. Spectroscopie du sang. (In-16, 200 p., *Paris.*) — Lilienfeld. Coagulation du sang. (*Zeit. f. phys. Chemie*, XX, 1 et 2.) — Freund et Grosz. Relations entre l'action des antitoxines et la coagulation. (*Cent. Bl. f. inn. med.*, 21 sept.) — Contejean. Influence du système nerveux sur l'action anticoagulante des injections intra-vasculaires de peptone chez le chien. (*Soc. de biol.*, 18 nov. et *Arch. de phys.*, VIII, 1.) — Gley et Pachon. Influence de l'extirpation du foie sur l'action anticoagulante de la peptone. (*Ibid.*, 23 nov.) — Ledoux. Recherches comparatives sur les substances principales qui suspendent la coagulation du sang. (In-8°, *Liège.*) — Acquisto. A propos de l'empoisonnement par l'acide pyrogallique; sur la valeur des plaquettes dans la coagulation du sang. (*Arch. per le sc. med.*, XIX, 2.) — Gilbert et Fournier. Du sang défibriné comme milieu de culture. (*Soc. de biol.*, 16 nov.) — Beck. Mensuration de la vitesse du courant sanguin dans la veine-porte. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 oct.) — Mangianti. Variations locales des corpuscules sanguins sous les influences thermiques. (*Giorn. Accad. med. Torino*, oct.) — Tchistovitch. Des causes de la diminution du nombre des leucocytes du sang à la suite d'injections de diverses substances dans les vaisseaux. (*St-Petersb. med. Woch.*, 16 sept.) — Koeppe. Recherches hématologiques à Reiboldsgrün. (*Münch. med. Woch.*, 38, p. 880.) — B. Lewy. Coexistence des cristaux de Charcot et Leyden et des cellules éosinophiles dans le cancer du col utérin. — Litten. Même fait dans le sang de l'anémie pernicieuse. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 juin.) — Viola et Jona. Recherches expérimentales sur quelques altérations du sang après la saignée. (*Arch. per le sc. med.*, XIX, 2, et *Arch. ital. de biol.*, XXIV, 2.) — Schubert. Indications médicales de la saignée. (*Berlin. klin. Woch.*,

p. 843, 23 sept.) — Roncagliolo. La leucocytose par l'ergotine. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXXIV, 3 et 4.) — Jullien. Sur un procédé propre à l'hématologie et à l'hématothérapie. (*Soc. franç. de derm.*, 14 nov.)

Sarcome. — Fileti. De la sarcomatose cutanée primitive. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXX, 4.) — Quénu. De la nature des sarcomes et de leur place dans la classification des tumeurs. (*Semaine méd.*, 25 déc.) — Perrin et Leredde. Sarcome cutané généralisé idiopathique à cellules géantes. (*Soc. franç. de derm.*, 14 nov.) — Dunn. Sarcome atrophique multiple de la tête et du cou. (*Guy's hosp. Rep.*, LI, p. 57.)—Doernberger. Sarcomatose du péritoine, du grand épiploon et des glandes lymphatiques abdominales chez un enfant de 4 ans. (*Münch. med. Woch.*, 35, p. 817.)

Saturnisme. — Borgen. Détermination de la pression sanguine dans la colique de plomb. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LV, p. 248.) — H. Luthjé. Du saturnisme, son influence sur l'élimination d'acide urique. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXIX, 3.) — Stueler. Le saturnisme des peintres, enduiseurs et vernisseurs. (*Deutsche Viertelj. œf. æ. Gesund.*, XXVII, p. 661.) — Dénarié. Un cas d'encéphalopathie saturnine. (*Loire méd.*, 15 nov.) — — O. Israel. Autopsie d'un phtisique traité par l'acétate de plomb et présentant dans l'intestin les lésions du saturnisme aigu. (*Berlin. klin. Woch.*, 1er juillet.) — Deschamps. Réactions électro-diagnostiques dans un cas de paralysie toxique à localisation anormale chez un saturnin alcoolique. (*Bull. Soc. scient. de l'Ouest*, 2, p. 161.)

Scarlatine. — Lemoine. Contagiosité de la scarlatine. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 22 nov.) — Thompson. Les scarlatines par contagion de malades d'hôpital rentrés chez eux. (*Lancet*, 23 nov.) — Vogl. Rapport sur deux épidémies de scarlatine en 1884-85 et en 1894-95, dans la garnison de Munich. (*Münch. med. Woch.*, 41 et 42, p. 949 et 981.) — Turner. De la néphrite scarlatineuse et de ses variétés. (*Guy's hosp. Rep.*, LI, p. 173.) — Smith et Sturge. Les arthrites suppurées de la scarlatine. (*Lancet*, 16 nov.) — Brunner. De la scarlatine chirurgicale. (*Berlin. klin. Woch.*, 3, 10 et 24 juin.)

Sclèrotique. — Schirmer. Anatomie pathologique de la sclérite et de l'épisclérite. (*Arch. f. Opht.*, XLI, 4.) — Fuchs. De l'épisclérite périodique fugace. (*Ibid.*)

Sclérodermie. — G. Lewin et J. Heller. La sclérodermie. (*Berlin.*) — Schutte. Sclérodermie traitée avec succès par les bains salés, les massages et les frictions salicylées. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 août.)

Scorbut. — Lisounoff. L'étiologie du scorbut. (*Thèse de Moscou.*) — Miller. Scorbut infantile. (*N. York med. j.*, 21 déc.)

Scrofule. — Tasso. Les scrofulides chez les enfants du premier âge. (*Thèse de Paris.*)

Sens. — V. Uexkuell. Recherches sur la physiologie des sens. (*Zeit. f. Biol.*, XIV, 4, et *Arch. f. Phys.*, p. 548.) — Napier. Les sens, leur usage, leur développement. (*Lancet*, 21 déc.)

Sérothérapie. — Levi. La sérothérapie. (*Riforma med.*, 25 nov.) — Hewlett. La sérothérapie. (*Practitioner*, déc.) — Hlava et Honl. Des sérums vacci-

naux, leur action. (*Wiener klin. Rundschau*, 40.) — PORTER. Action physiologique des injections de sérum. (*Americ. med. surg. Bull.*, 1er déc.) — VISSMAN. Modifications pathologiques provoquées par les injections de sérum. (*Ibid.*, 1er déc.) — CHAPIN. Quelques observations sur les effets des injections de sérum de cheval. (*Med. Record*, 23 nov.) — RICAUD. Essai sur la thérapeutique immunisante. (*Thèse de Bordeaux.*) — ABELOUS. Sur l'action antitoxique des organes. (*Arch. de phys.*, VII, 4.) — BLEYER. La nucléine antitoxine naturelle. (*Med. Record*, 28 sept.) — SMITH. Sur la sérothérapie dans la pratique rurale. (*Norsk Magazin*, oct.) — SCHERK. La thérapeutique antibactérienne. (*Wiener med. Presse*, 3 et 10 nov.) — Mlle ZLOTOWSKA. Historique de la sérothérapie, son application dans la diphtérie, le tétanos et les affections à streptocoques. (*Thèse de Paris.*) — DENYS et LECLEF. Du sérum antistreptococcique. (*Bull. acad. méd. Belgique*, IX, 11.) — FRIEDRICH. Action des toxines de streptocoques et staphylocoques sur l'organisme, étude de la température, exanthèmes. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 déc.) — PARASCANDOLO. Expériences de sérothérapie contre les affections pyogènes et l'érysipèle. (*Sperimentale*, XLIX, 4.) — HEATHERLEY. Phlegmon traité par le sérum de Marmorek. (*Brit. med. j.*, 7 déc.) — STEELE. Erysipèle des nouveau-nés traité par le sérum antistreptococcique. (*Ibid.*) — VIQUERAT. Le sérum curatif du staphylocoque. (*Zeitschr. f. Hyg.*, XVIII.)

Serpent. — BANNERJI. Venin de serpent et strychnine. (*Indian Lancet*, 1er nov.) — PHISALIX et BERTRAND. Sur l'emploi du sang de vipère et de couleuvre comme substances antivenimeuses. (*Acad. des sc.*, 18 nov., et *Soc. de biol.*, 23 nov.) — VARIOT. La sérumthérapie de la morsure des serpents. (*Journ. de clin. infant.*, 26 sept.) — BAVAY. Le serpent cracheur de la côte occidentale d'Afrique. (*Arch. de méd. nav.*, déc.)

Sommeil. — SUDDUTH. La psycho-physiologie du sommeil naturel ou provoqué. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 30 nov.)

Spina bifida. — EDWARDS. Spina bifida de la région cervicale. (*Brit. med. j.*, 30 nov.) — REMY. Spina bifida, ulcérations péri-anales, prolapsus complet des organes génitaux internes. (*Arch. de toc.*, déc.) — MARCY. Traitement chirurgical du spina bifida. (*Ann. of Surg.*, mars.)

Strabisme. — GARMANN. De l'étiologie du strabisme concomittant, remarques sur la théorie de Wolffberg. (*Thèse de Leipsig.*) — DABNEY. Remarques sur le strabisme interne. (*Americ. med. surg. Bull.*, 1er déc.) — SAVAGE. Indications, avantages et technique du raccourcissement des muscles. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 2 nov.)

Sucre — BOURQUELOT. Maltose et tréhalose. (*Rev. scientif.*, 26 oct.)

Sueur. — MILLÉE. Un cas de chromidrose guérie par le traitement local. (*France méd.*, 29 nov.) — SCHIRMAN. Ephidrose unilatérale de la face. (*N. York med. j.*, 14 déc.)

Suppuration. — VIQUERAT. Le micrococque tétragène cause de suppuration. (*Zeit. f. Hyg.*, XVIII.)

Surdi-mutité. — SCHEIBE. Contribution histologique à la surdi-mutité due à l'otite interne. (*Arch. of Otol.*, XXIV, 3 et 4.) — SCHEIBE. Anomalies de développement du labyrinthe membraneux chez les sourds-muets. (*Ibid.*, XXIV, 3 et 4.) — ROSSI. Anthropologie des sourds-muets. (*Arch. di*

psichiat., XVI, 4 et 5.) — THORNTON. L'éducation des sourds-muets. (*Practitioner*, nov.)

Syphilis. — GAYON. Compendium des maladies vénériennes et syphilitiques. (In-8°, 188 p., *Mexico.*) — ASHMEAD. Syphilis autochtone en Bolivie et au Pérou. (*J. of cut. dis.*, oct.) — ISSALY. De la syphilis à la campagne. (*Thèse de Paris.*) — KRISOWSKI. Symptôme peu remarqué de la syphilis héréditaire. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 893, 14 oct.) — SAALFELD. Syphilis acquise chez un garçon de 4 ans. (*Ibid.*, 12 août.) — ALBERS. Syphilis par morsure du pouce. (*Ibid.*, p. 727, 19 août.) — LACROIX. De quelques conséquences éloignées de la syphilis. (*Thèse de Paris.*) — SCHWAB. La syphilis placentaire. (*Presse méd.*, 14 déc.) — FIOCCO. Chancre serpigineux. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXX, 4.) — VILLARD. Chancre syphilitique des paupières. (*N. Montpellier méd.*, 30 nov.) — SNELL. 9 cas de chancres des paupières et de la conjonctive. (*Trans. opht. Soc.*, XV, p. 39.) — JESSOP. Chancres des paupières. (*Ibid.*, p. 48.) — D'AULNAY. Chancre de la sous-cloison du nez. (*Ann. de derm.*, VI, 11.) — LEDERMANN. Chancre de la lèvre supérieure suivi de syphilis grave. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 732, 26 août.) — SCHUTTE. Chancre de l'amygdale pris pour tuberculose et pour sarcome. — GRIMM. 2 cas de chancre amygdalien dont l'un suivi d'éruption varicelliforme. (*Ibid.*, p. 709, 12 août.) — LASSAR. Chancre amygdalien opéré pour lymphosarcome, mort. (Idem.) — GRIMM. Chancre gingival par instrument de dentiste. ROSENTHAL. Idem. (*Ibid.*, p. 703, 12 août.) — LEDERMANN. Chancre de la muqueuse génienne. (*Ibid.*, p. 709, 12 août.) — LEDERMANN. Coexistence d'un chancre infectant de l'urètre et d'un chancre mixte de la couronne du gland. (*Ibid.*, p. 709, 12 août.) — LEDERMANN. Chancre induré de l'urètre masculin. (*Ibid.*, p. 709, 12 août.) — LILIENTHAL. Urétrite due à un chancre du canal et pris pour une chaudepisse. (*Ibid.*, 17 juin.) — STEIN. Un cas de chancre des parties génitales. (*Wiener med. Woch.*, 30 nov.) — FOURNIER. Chancres syphilitiques de la région pubienne. (*Soc. franç. de derm.*, 12 déc.) STAUB. Polydipsie dans la syphilis. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXII, 1.) — ISAAC. Cas de syphilis à marche rapide (gomme testiculaire au bout de 18 mois. (*Berlin. klin. Woch.*, 24 juin.) — KŒNIG. Syphilis des voies respiratoires. (*Ibid.*, 4 nov.) — MILLS. Quelques phases de la syphilis cérébrale. (*Med. News*, 30 nov.) — ENGELMANN. Syphilis cérébrale chez un enfant de 10 mois. (*Medicine*, nov.) — ROGET. Un cas de syphilis cérébrale précoce. (*Loire méd.*, 15 déc.) — LEDERMANN. Myélite lombaire gommeuse. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 708, 12 août.) — G. LEWIN. Deux cas de paralysie spinale syphilitique avec troubles vésicaux, l'un chez une femme. (*Ibid.*, 17 juin.) — CARDARELLI. Influence de la syphilis sur l'ataxie. (*Gaz. d. osp.*, 96.) — A. STORBECK. Tabes et syphilis. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXIX, 1 et 2.) — BOURDAIS. De la sensibilité subjective et objective dans la paraplégie spinale syphilitique. (*Thèse de Paris.*) — Albert BERNARD. Sur deux cas de tabes de commune origine syphilitique. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 18 oct.) — FRIEDMANN. Une complication de l'irritation spinale dans l'infection syphilitique. (*Neurol. Cent.*, 15 juill.) — VAN GEHUCHTEN. Paralysie labio-glosso-laryngée d'origine syphilitique. (*La policlin. Bruxelles*, 1er avril.) — CHOLLET. De la pseudo-paralysie de Parrot. (*Thèse de Bordeaux.*) — STRUEBING. De l'athétose dans la syphilis. (*Arch. f. Derm.*, XXXIII, 3.) — CHAMPENIER. Des névrites syphilitiques et en particulier de la névrite cubitale. (*Thèse de Paris.*) — JANUSZKIEWICZ. Des modifications temporaires dans les affections syphilitiques du nerf optique, 150 cas. (*Cent. f. prakt. Augenh.*, déc.) — F. MATONI. L'arythmie syphilitique. (*Progresso med.*, 28 oct.) — O. ISRAEL. Endocardite syphilitique. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 792, 9 sept.) — DE MASSARY. Un cas de syphilis cardiaque. (*Soc. anat. Paris*, 12 juill.) —

Lorrain. Gomme du myocarde. (*Ibid.*, 22 nov.) — Hektoen. Foyers multiples de myocardite interstitielle dans la syphilis héréditaire. (*J. of path. and bact.*, III, 4.) — Apert. Syphilis héréditaire tardive, cirrhose atrophique, rate hypertrophiée, etc. (*Soc. anat. Paris*, 8 nov.) — Riedel. De la suppuration syphilitique du foie. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 oct.) — Soukernik. La splénomégalie pendant la période secondaire de la syphilis. (*Thèse de Paris.*) — Delore. Syphilis rénale précoce. (*Prov. méd.*, 31 août.) — Coleman. Syphilide papuleuse de la conjonctive. (*Americ. j. med. Ass.*, 13 avril.) — Galezowski. Des affections oculaires syphilitiques à la 3e génération. (*Soc. franç. de derm.*, 12 déc.) — Mantegazza. Dermatoses syphilitiques. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXX, 4.) — Wermann. Une localisation particulière des syphilides cutanées tertiaires. (*Deut. med. Woch.*, 26 déc.) — Malherbe. 2 cas de syphilis pigmentaire chez l'homme. (*Gaz. méd. Nantes*, 12 déc.) — Lassar. Alopécie syphilitique en plaques et alopécie en plaques non syphilitiques. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 juin.) — Free. Sur les condylomes syphilitiques. (*Boston med. journ.*, 12 déc.) — V. Esmarch. Diagnostic de la nature syphilitique des tumeurs d'apparence sarcomateuse. (*Berlin. klin. Woch.*, 1er juil.) — Ledermann. Rupia syphilitique, 10 semaines après l'infection. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 709, 12 août.) — Richter. Eruption syphilitique à forme d'herpès iris. (*Ibid.*, p. 709,12 août.) — G. Lewin. Lichen syphilitique avec acné papulo-pustuleuse vulgaire. (*Ibid.*, 17 juin.) — Sbordoni. Manifestations osseuses tardives de syphilis congénitale. (*Riforma med.*, 27 déc.) — Stamm. De l'ostéopériostite déformante suite de syphilis héréditaire. (*Arch. f. Kind.*, XIX, 3.) — Rosenthal, Saalfeld, Isaac. Arthropathies syphilitiques. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 août.) — Gastou. Syphilis héréditaire de 2e génération. (*Soc. franç. de derm.*, 14 nov.) — Darier. Epididymite syphilitique secondaire. (*Ibid.*) — Fournier. Gommes du vagin. (*Ibid.*.) — Delahaye. De l'épididymite syphilitique tertiaire. (*Thèse de Lyon.*) — A. Renault. Ce qu'il faut penser à l'heure actuelle de la valeur des injections mercurielles dans le traitement de la syphilis. (*Journ. des Praticiens*, 14 déc.) — Sprecher et Allgeyer. Des injections de sublimé à haute dose dans la syphilis. (Broch., *Naples.*) Feulard. Pratique courante des injections de calomel. (*Soc. franç. de derm.*, 14 nov.) — Verchère et Chastanet. Des injections de calomel. (*Ibid.*, 14 déc.) — Bayet. Le traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de sel de mercure. (*Journ. mal. cut.*, avril.) — Bayet. Les premiers essais de sérothérapie contre la syphilis. (*Ibid.*, mars.) — De Lavarenne. Traitement des manifestations linguales de la syphilis. (*Bull. soc. franç. d'otol.*, XI, p. 364.)

T

Tabac. — Mulhall. L'habitude de la cigarette. (*N. York med. j.*, 30 nov.)

Teigne. — Mibelli. Anatomie du favus. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXII, 3.) — Mibelli. La pluralité des tricophytoses. (*Ibid.*, XXI, 12, et *Ann. de derm.*, VI, 8 et 9.) — Sabouraud. Observations sur ce travail. (*Ibid.*) — Marmonier. Diagnostic et traitement de la pelade et des teignes de l'enfant. (*Dau-*

phiné méd., oct.) — BOYER. De la tricophitie unguéale. (*Thèse de Bordeaux.*) — JORFIDA. Du favus, nouveau traitement. (*Riforma med.*, 27 nov.)

Température — TANGL. Des centres de température chez le cheval. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXI, 11.) — WERHOVSKI. Sur l'action de l'élévation de la chaleur animale sur l'organisme. (*Ziegler's Beit. z. path. Anat.*, XVIII, p. 72.) — STEFANI. Sur l'action vaso-motrice réflexe de la température. (*Arch. ital. de biol.*, XXIV, 3.) — STEFANI. De l'action de la température sur les centres bulbaires du cœur et des vaisseaux. (*Ibid.*) — G. MISSALE. Sur les variations de température au-dessous de la normale. (*Riforma med.*, 9 sept.) — BRYANT. Température après les opérations. (*Guy's hosp. Rep.*, LI, p. 7.)

Tendon. — ROESSLER. De l'achyllodynie. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLII, 3.) — BUCHANAN. Rupture du tendon du quadriceps fémoral. (*Med. Record*, 2 nov.) PAGENSTECHER. 1° Arrachement du tendon de la longue portion du biceps; 2° déchirure de la longue portion du biceps. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 avril.) — ALBERS, BERNHARDT, GLUCK. Suture des plaies tendineuses. (*Ibid.*, 15 juill.)

Ténia. — PROSPERO. Considérations sur les remèdes anthelmintiques et sur ceux qui ont trait spécialement aux ténias de l'homme. (*Lo Sperimentale*, sez. clin., p. 501.) — RIGGENBACH. Etude des ténias des poissons d'eau douce. (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 20.) — CARRON DE LA CARRIÈRE. Le traitement du ténia chez les enfants. (*Journ. des Praticiens*, 19 oct.)

Testicule. — MÜNCHHEIMER. Des « mastzellen « dans le testicule des animaux et de l'homme. (*Fortschr. der Med.*, XIII, 3.) — BOUIN. De quelques phénomènes de dégénérescence cellulaire dans le testicule jeune des mammifères. (*Bibliog. anat.*, juill.) — CORADESCHI. Troubles nerveux en rapport avec les lésions traumatiques du testicule et la castration. (*Gaz. d. Osp.*, 121.) — BACH. Traitement de l'hydrocèle par la ponction et l'injection d'acide phénique concentré. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIV, 3.) — NICAISE. Traitement de l'hydrocèle de la tunique vaginale par l'injection irritante et le drainage. (*Rev. de chir.*, déc.) — DOYEN. Cure radicale de l'hydrocèle par l'inversion de la tunique vaginale. (*Arch. prov. de chir.*, IV, 11.) — SARROT. Cure radicale de l'hydrocèle. (*Thèse de Paris.*) — HOLMES. Cure radicale de l'hydrocèle par l'injection de sublimé. (*Lancet*, 16 nov.) — PONSARD. Traitement de l'hydrocèle par les injections d'éther iodoformé. (*Thèse de Paris.*) — VILLAR. Hématocèle et sarcome de la tunique vaginale. (*Journ. méd. Bordeaux*, 22 déc.) — LE MONIET. Hématocèle vaginale avec corps étrangers de la tunique vaginale. (*Bull. Soc. sc. de l'Ouest*, IX, 4.) — LORTHIOIR. Hématocèle volumineuse traumatique de la vaginale. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 nov.) — VORONOFF. Pachyvaginalite funiculaire. (*Rev. cl. d'andr.*, 13 nov.) — TUTTLE. Nouveau traitement de l'épididymite et de l'orchite. (*J. of cut. dis.*, oct.) — DU CASTEL. Traitement de l'orchite. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 nov.) — JORDAN. Ectropie transversale du testicule. (*Beit. z. klin. Chir.*, XV, 1.) — FRANZ. Des luxations du testicule. (*Thèse de Kœnigsberg.*) — ROSI. Kyste dermoïde du raphé scrotal. (*Boll. Soc. med. pisana*, I, 2.) — CLARKE. Kyste dermoïde du testicule. (*London, path. Soc.*, 19 nov.) — VILLAR. Tumeur maligne développée dans un testicule en ectopie. (*Journ. méd. Bordeaux*, 24 nov.) — JUERGENS. Sarcome du testicule : métastases hépatiques, péritonéales, pulmonaires et pleurales; mort par hémorragie intra-péritonéale. (*Berlin. klin. Woch.*, 1er juill.) — F. VILLAR. Epithélioma du testicule. (*Journ. méd. Bordeaux*, 29 déc.) — ZOTH. De l'action de l'extrait testiculaire. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXII, 8 et 9.) — PREGL. Idem. (*Ibid.*)

Tétanie. — SCHULTZE. De la tétanie. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, VII, 5 et 6.)

Tétanos. — G. GRIXONI. Le bacille du tétanos aérobie et non toxique dans le sol. (*Riforma med.*, août.) — KAMEN. L'étiologie des formes non traumatiques de tétanos. (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 17.) — BECK. Recherches expérimentales sur le tétanos. (*Zeit. f. Hyg.*, XIX.) — DAVEZAC. Tétanos chez un enfant mort. (*Journ. méd. Bordeaux*, 3 nov.) — PROEGLER. Un cas de tétanos suivi de guérison. (*Med. Record*, 5 oct.) — MOLLE. Erythème polymorphe et hémorragie intestinale au cours du tétanos chirurgical subaigu. (*Loire méd.*, 15 nov.) — HARTLEY. Tétanos traumatique traité par l'antitoxine et le chloral. (*Lancet*, 7 déc.) — TURNER et CHEATLE. Tétanos traumatique traité par le séram. (*Ibid.*) — FARRANT. Tétanos traité par le sérum ; mort au 15e jour après la disparition des symptômes. (*Ibid.*, 7 déc.) — FOMBARLET. Traitement du tétanos par les pulvérisations d'éther sur la colonne vertébrale. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, 10 déc.) — COURMONT et DOYON. Quelques considérations théoriques sur la sérothérapie du tétanos. (*Arch. de phys.*, VIII, 1.) — NOCARD. Sérothéraphie dans le tétanos. (*Bull. Acad. méd.*, 22 oct.) — K. VAGEDES. Elimination de l'antitoxine chez un homme tétanique traité par le sérum. (*Zeitschr. f. Hyg.*, XX.) — FOGES. Tétanos, traitement par l'antitoxine ; œsophagotomie, mort. (*Wiener med. Woch.*, 8 juin.)

Thérapeutique. — BOURGET et RABOW. Précis de thérapeutique. (1re partie, *Lausanne*). — GOWERS. L'emploi des médicaments. (*Lancet*, 23 nov.) — ZAMBLER. Manuel pratique de médication thérapeutique. (In16, *Milan.*) — E. BRESLAUER. Valeur antiseptique des pommades, suivant leur constitution. (*Zeitschr. f. Hyg.*, XX.) — BOITEL. Considérations sur l'absorption cutanée ; mode d'action des badigeonnages antithermiques, gaïacol, spartéine. (*Thèse de Lyon.*) — REED. Thérapeutique par la nucléine. (*Medicine*, déc.) — DIXON. L'administration des agents thérapeutiques azotés. (*N. York med. j.*, 14 déc.) — MILIAN. La quinine et ses inconvénients. (*Gaz. des hôp.*, 24 déc.) — MACALISTER. Deux cas montrant la valeur thérapeutique de l'oxygène. (*Lancet*, 7 déc.) — THOMAS. Notes cliniques et bactériologiques sur l'ozone. (*N. York med. j.*, 30 nov.) — CECCHERELLI. La médication iodo-tannique. (*Riforma med.*, 19 oct.) — FRIEDBURG. L'assimilation du fer par l'organisme. (*Americ. med. Bull.*, 15 oct.) — PORTER. Le rôle du fer dans l'économie physiologque. (*Ibid.*, 1er nov.) — SCHAEFFER. De la ferripyrine, nouvel hémostatique en gynécologie et obstétrique. (*Münch. med. Woch.*, 31 déc.) — WOLFE. La ferratine, sa valeur comme reconstituant. (*N. York med. j.*, 7 déc.) — R. DEUTSCH. Valeur thérapeutique de la ferratine. (*Wiener med. Blaett.*, 43.) — FOSS. De l'emploi interne des crésols isomères (enterol). (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LV, p. 126.) — SURVEYOR et HARLEY. Action du naphtol B et du sous-nitrate de bismuth comme antiseptiques intestinaux. (*Brit. med. j.*, 14 déc.) — STUCKY. Les préparations d'or comme altérants. (*N. York med. j.*, 23 nov.) — TWEEDY. Un cas d'argyrie ; note sur la valeur thérapeutique du nitrate d'argent. (*Dublin Journ.*, 1er juill.)

Thrombose. — FOA. Sur les thromboses produites par des éléments parenchymateux. (*Arch. ital. de biol.*, XXIV, 3.) — SERRE. De l'origine embolique des thromboses de l'artère pulmonaire, particulièrement chez les tuberculeux. (*Thèse de Lyon.*) — SIMONINI. Thrombose de la veine porte. (*Riforma med.*, 11 déc.)

Thymus. — PIC. Un nouveau cas d'hétérotaxie splanchnique avec persistance du thymus. (*Province méd.*, 9 nov.)

Thyroïde. — Chemin. Des restes chez l'adulte de l'ébauche thyroïdienne médiane. (*Thèse de Bordeaux.*) — Schaper. Des glandules para-thyroïdiennes. (*Arch. f. mik. Anat.*, XLVI, 2.)—Bozzi. Recherches sur la glande thyroïde. (*Ziegler's Beit. z. path. Anat.*, XVIII, p. 125.) — Edmunds. Thyroïde kystique accessoire. (*London path. Soc.*, 19 nov.) — Ducceschi. Des albuminoïdes du sang du chien dans leurs rapports avec les effets de la thyroïdectomie. (*Lo Sperimentale*, sez biol., p. 317, et *Arch. ital. de biol.*, XXIV, 3.) — Dutto et Lo Monaco. Sur le métabolisme chez les chiens privés de thyroïde. (*Arch. ital. de biol.*, XXIV, 2.) — Ballet et Enriquez. Des effets de l'hyperthyroïdisation expérimentale. (*Méd. mod.*, 28 déc.) — Mial. 7 cas de goitre dans la même famille. (*N. York Acad. of med.*, 18 déc.) — Heinsheimer. Etat actuel du traitement du goitre. (*Münch. med. Abhand.*, 1.) — Couchon. De l'iodure de potassium chez les goitreux. (*Soc. de thér.*, 13 nov.) — Hertoghe. De l'influence des produits thyroïdiens sur la croissance. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, IX, 9, p. 897.) — Epelbaum. Etude de l'organothérapie, thyroïde, capsules surrénales. (*Thèse de Paris.*) — Morin. Du traitement thyroïdien. (*Ther. Monats.*, nov.) — Knœpfelmacher. Quelques applications thérapeutiques du traitement thyroïdien. (*Wiener klin. Woch.*, 41.) — Kappeler. Goitre colloïde; insuccès du traitement thyroïdien ; troubles mentaux consécutifs à l'injection d'iodoforme. (*Corr. Blatt. f. schweiz Aerzte*, 15 juill.) — Catillon. Des préparations thyroïdiennes. (*Soc. de thér.*, 27 nov.) — Reinhold. Le traitement thyroïdien dans les psychoses. (*Münch. med. Woch.*, 24 déc.) — Haskovec. Un cas de crétinisme sporadique traité par des préparations thyroïdiennes. (*Wiener med. Woch.*, 19 oct.) — Villy. Forme rare de tumeur du corps thyroïde. (*J. of path. and bact.*, III, 4.) — De Vlaccos. De la chirurgie du goitre et de ses conséquences immédiates ou éloignées. (In-8°, 44 p., *Paris.*) — Folinea. 7 cas de goitre traités par la thyroïdectomie. (*Riforma med*, 22 nov.) — Edmunds. Observations et expériences sur la pathologie de la maladie de Graves. (*J. of path. and bact.*, III, 4.) — Doléris. Affections génitales de la femme et maladie de Basedow. (*Nouv. arch. d'obst.*, juill.) — A. Mayor. Analogies entre l'iodisme constitutionnel et la maladie de Basedow. (*Rev. méd. Suisse romande*, XV, p. 332.) — Vossius. Un cas de forme fruste de maladie de Basedow. (*Beit. z. Augenh.*, 18.(— Abram. Goitre exophtalmique. (*Lancet*, 16 nov.) — Bouchaud. Goitre exophtalmique et tremblement héréditaire. (*Journ. sc. méd. Lille*, 7 déc.) — Bartholow. Traitement du goitre exophtalmique. (*Med. News*, 16 nov.) — P. Chéron. Etiologie et traitement du goitre exophtalmique. (*Tribune méd.*, 20 nov.) — Moore. Maladie de Basedow, traitement par le phosphate de soude. (*Columbus med. j.*, 17 sept.) — Newman. L'électricité dans le traitement du goitre exophtalmique. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 7 déc.)

Trachée. — Semon. Trachéite syphilitique. (*London lar. Soc.*, 9 oct.) — Kirstein. Le pouls aortique trachéal au point de vue physiologique et pathologique. (*Allg. med. Cent. Zeit.*, 2 oct.) — Griffin. Condylomes de la trachée. (*N. York med. j.*, 16 nov.) — Levrey. Spasme de la glotte consécutif à la trachéotomie. (*Journ. clin. mal. inf.*, 14 nov.) — Macartney. Rétracteur trachéal substitué à la canule. (*Med. Record*, 12 oct.)

Transfusion. — C.-A. Ewald. Transfusion d'indication vitale dans une anémie chronique grave (*Berlin. klin. Woch.*, 11 nov.) — De Domenicis. Transfusion directe de sang étranger. (*Wiener med. Woch.*, 30 nov.) — Thomas. Section du cou comprenant les deux carotides et les veines jugulaires, transfusion salines, guérison. (*Brit. med. j.*, 7 déc.)

Tremblement. — Brasch. Du tremblement héréditaire. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, VII, 5 et 6.)

Trépanation. — TERRIER et PÉRAIRE. L'opération du trépan. (In-12, 283 p., *Paris.*) — NAVRATIL. De la trépanation dans la chirurgie de guerre. (*Pester med. chir. Presse*, 7 juill.)

Tuberculose. — CADIOT, GILBERT et ROGER. Inoculabilité de la tuberculose des mammifères aux gallinacés. (*Soc. de biol.*, 7 déc.) — CADIOT, GILBERT et ROGER. Inoculabilité de la tuberculose des mammifères aux psittacés. (*Ibid.*, 14 déc.) — JANNONE. Action de la température sur le bacille de la tuberculose. (*Riv. clin. e terap.*, sept.) — SEMMER. Morphologie du bacille tuberculeux et morveux ; développement de schizomycétes pathogènes. (*Deut. Zeit. f. Thiermed.*, XXI.) — PROSKAUER. Physiologie de la nutrition du bacille tuberculeux. (*Zeit. f. Hyg.*, XVIII.) — V. RINDFLEISCH. Recherches du bacille tuberculeux dans les crachats. (*Deut. med. Woch.*, 28 nov.) — C. MAZZA et E. MENSI. Un cas de pseudo-tuberculose chez l'homme. (*Giorn. Accad. di Med. Torino*, déc.) — DELEPINE. Expériences de transmission de la tuberculose par les voies digestives. (*The Veterin. Record*, n° 300.)— CADÉAC et BOURNAY. Propagation de la tuberculose du bœuf par les matières fécales. (*Lyon méd.*, 1er déc.) — KUTSCHER. Etude de la pseudo-tuberculose bacillaire des organes. (*Zeit. f. Hyg.*, XVIII.) — RÉNON. Deux cas familiaux de tuberculose aspergillaire simple chez des peigneurs de cheveux. (*Gaz. hebd. Paris*, 16 nov.) — A. KUTSCHER. La tuberculose en Styrie, et spécialement à Graetz. (*Oesterr. Sanit.*, 42.) — KOLB. Tuberculose dans les prisons. (*Zeitchr. f. Hyg.*, XIX.) — ETIENNE et THOUVENIN. La mortalité par tuberculose à Nancy. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 déc.) — PLICQUE. L'hérédité dans la tuberculose. (*Gaz. des hôp.*, 16 nov.) — MAYS. Critique de la doctrine de la contagion de la phtisie. (*Americ. med. Bull.*, 15 oct.) — BATTEN. Réflexions sur la tuberculose. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 30 nov. — FRÖLICH. Du rapport causal du catarrhe pulmonaire avec la tuberculose. (*Wiener med. Presse*, 15 déc.) — SPENGLER. De la tuberculose pulmonaire et de sa complication par les infections mixtes. (*Zeit. f. Hyg.*, XVIII.) — HODENPYL. Plaidoyer pour l'examen plus attentif des crachats et la recherche des bacilles dans les cas de tuberculose pulmonaire douteuse. (*Brooklyn med. j.*, IX, p, 416.) — LEJARS. Tuberculose par inoculation, foyers osseux juxta épiphysaires, mort par urémie. (*Rev. de la tub.*, juill.) — CLÉMENT. Du cancer et de la tuberculose. (*Ibid.*) — MAUCLAIRE et BAROZZI. Tuberculose et traumatisme. (*Ibid.*) — PARSONS. Le lait des vaches tuberculeuses a-t-il une influence causale sur la tuberculose infantile ? (*Journ. Americ. med. Ass.*, 12 oct.) — STEIN et ERBMANN. De la leucocytose dans les processus tuberculeux. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LV, p. 323.) — WEINBERG. Pigmentation générale du foie et partielle de la rate chez un tuberculeux. (*Soc. anat. Paris.*, 12 juill.) — LERAY. Des lésions tuberculeuses chez l'homme et dans la série animale, étude d'anatomie pathologique comparée. (*Thèse de Paris.*) — NISHIMURA. Présence de cellulose dans les organes tuberculeux. (*Arch. f. Hyg.*, XXI.) — PLICQUE. L'insuffisance respiratoire et les réactions électriques des muscles du thorax chez les tuberculeux au début. (*Journ. des Praticiens*, 30 nov.) — CHANNING. L'importance de l'observation fréquente de la température du corps dans la tuberculose pulmonaire. (*Boston med. j.*, 19 déc.) — ZINN. Un cas de tuberculose alimentaire chez un adulte terminé par granulie. (*Münch. med. Woch.*, 37.)— HALLOPEAU. Sur une nouvelle forme suppurative et pemphigoïde de tuberculose cutanée en placards à progression excentrique et la cause prochaine de ses localisations. (*Ann. de dermat.*, VI, 12.) — SHARPLES. Tuberculose miliaire à symptômes rares. (*Med. News*, 14 déc.) — PLICQUE. Les pyopneumothorax tuberculeux. (*Journ. des Praticiens*, 16 nov.) — KOLLE. Mesures prophylactiques contre la propagation de la tuberculose dans l'Amérique du Nord.

(*Rev. de la tub.* juill.) — LAW. L'extinction de la tuberculose en foyers. (*Med. Record*, 23 nov.) — MOELLER. La prophylaxie de la tuberculose aux Etats-Unis. (*Mouv. hyg.*, oct.) — R. BENEKE. Moyens de lutter efficacement contre la tuberculose. (*Hyg. Rundsch.*, V, 1125.) — HARRIS et BEALE. Traitement de la phtisie pulmonaire, manuel pratique. (*Londres*, 1896.) — Mc' TAGGART. Traitement de la consomption pulmonaire et de la tuberculose en général. (*Therap. Gaz.*, 15 nov.) — KNAPP. Traitement de la tuberculose. (*Americ. med. surg. Bull.*, 1er déc.) — GRANCHER. Traitement de la tuberculose. (*Bull. méd.*, 27 nov.) — SHURLY. Le traitement hospitalier de la consomption pulmonaire. (*Americ. med. Bull.*, 15 nov.) — S. D. Le traitement hygiénique de la phtisie pulmonaire, Leysin. (*Gaz. hebd. Paris*, 21 déc.) — F. WOLFF. Le traitement moderne de la phtisie pulmonaire. (*Wiesbaden.*) — NAHM. Les sanatoria pour phtisiques sont-ils un danger pour les environs? (*Münch. med. Woch.*, 40, p. 927.) — Von ZIEMSSEN. Sanatoria pour tuberculeux pauvres. (*Hyg. Rundsch.*, V, 969.) — CASSE. Le séjour au bord de la mer dans la tuberculose. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 799, 9 sept.) — STEWART. L'importance de l'air pur et de l'exercice de la tuberculose pulmonaire. (*Med. Record*, 19 oct.) — Mc GILLICUDDY. Diatétique et exercice musculaire systématique dans le traitement de la tuberculose. (*Ibid.*, 7 nov.) — KŒNIGS. Observations sur la tuberculose pulmonaire à Lippsprinze. Rapport sur 192 cas guéris et restés guéris depuis au moins cinq ans. (*Therap. Monats.*, p. 513, oct.) — VOLLAND. Sur les exagérations dans le traitement actuel des phtisiques. (*Ibid.*, p. 457, sept.) — GABRILOWITSCH. L'alimentation des tuberculeux. (*Wiener med. Woch.*, 9 nov.) — WALTER. Les injections sous-cutanées de créosote et de gaïacol dans la phtisie pulmonaire. (*Brit. med. j.*, 14 déc.) — LANDERER. Traitement de la tuberculose par l'acide cinnamique. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 859, 30 sept.) — DUKEMAN. Carbonate de créosote dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (*Med. News*, 14 déc.) — ROMME. Traitement de la tuberculose pulmonaire par l'aristol, le créosotal, la nucléine, etc. (*Presse méd.*, 16 nov.) — ARONSOHN. Sur la curabilité de la tuberculose pulmonaire et sur l'effet favorable des inhalations de menthol. (*Thèse de Lyon.*) — EDELHEIT. Traitement de la tuberculose au début par le calomel combiné. (*Wiener klinik*, oct.) — SEDZIAK. Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections intra-trachéales des substances antiseptipues. (*Kronika lek.*, janv.) — WINTERNITZ. De l'hydrothérapie dans la tuberculose pulmonaire. (*Blatt. f. klin. hydroth.*, V, 7.) — TRUDEAU. Résultats définitifs du traitement de la tuberculose oculaire expérimentale par la tuberculine et les inoculations antituberculeuses. (*Trans of Americ. Ass. of Phys.*, IX.) — PETRUSCHKY. Prétendus effets de la tuberculine sur l'infection streptococcique. (*Zeitchr. f. Hyg.*, XIX.) — TRUDEAU et BALDWIN. Recherches chimiques et expérimentales sur l'antiphtisine de Klebs. (*Med. Record*, 21 déc.) — GUTMANN. La tuberculine comme moyen diagnostique. (*Mon. f. prakt. Thierh.*, VI, 10.) — COGHILL. Autopsie d'un malade traité par la tuberculine. (*Lancet*, 16 nov.) — FASANO. Le sérum de Maragliano dans le traitement de la tuberculose. (*Arch. int. d. special. med. chir.*, oct.) — HEWETSON. Effets du sérum antituberculeux dans la tuberculose expérimentale. (*N. York med. j.*, 9 nov.) — KLEBS. L'antiphtisine dans le traitement des affections tuberculeuses infantiles. (*Jour. Americ. med. Ass.*, 12 oct.) — M. BLOCH. Hématothérapie dans la tuberculose non héréditaire. (*Bull. méd.*, 30 oct.) — COURTOIS. De l'intervention chirurgicale dans les tuberculoses périphériques chez les tuberculeux pulmonaires. (*Thèse de Paris.*)

Typhoïde. — ROUYER. De l'étiologie de la fièvre typhoïde et de ses rapports avec l'oscillation de la nappe souterraine. (*Thèse de Lyon.*) — LJUBOMU-

DROFF. Etiologie de la fièvre typhoïde. (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 24.) — Epidémie prolongée de fièvre typhoïde à Idria; son extinction par l'assainissement de l'eau potable. (*Œsterreich. Sanit.*, 10.) — DUBOUSQUET-LABORDERIE et DUCHESNE. Etude sur la diminution de la fièvre typhoïde dans la commune de Saint-Ouen-sur-Seine. (*Gaz. des hôp.*, 5 déc.) — HENROT. Recherche des causes de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi sur la brigade de cavalerie de Reims en septembre et octobre. (Broch. *Reims.*) — ZIAN. La fièvre typhoïde à l'hôpital de Nuremberg en 1890-1894. (*Münch. med. Woch.*, 21 et 22.) — CHAVOIR. Origine et marche d'une épidémie de typhoïde à Stamford. (*Med. Record*, 7 déc.) — PIERSON. Histoire clinique d'une épidémie de typhoïde à Stamford. (*Ibid.*) — RŒCHLING. Les tinettes et les cabinets d'aisance ; leurs relations avec la fièvre typhoïde. (*Ges. Ing.*, 15 sept.) Max MÜLLER. Influence des températures fébriles sur la rapidité du développement et la virulence du bacille typhoïdique. (*Zeitchr. f. Hyg.*, XX.) — LAZARUS. Le diagnostic du bacille typhique, d'après Elsner, son emploi en clinique. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 déc.) — RENARD. Le surmenage et la fièvre typhoïde. (*Ann. d'hyg. pub.*, XXXIII, p. 408.) — SOBOLEFF. Sur les altérations du sperme et des glandes spermatiques dans la fièvre typhoïde. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — PARSONS. Fièvre typhoïde, complication rare (ulcère du larynx, œdème mortel, malgré la trachéotomie). (*Dublin Journ.*, nov.) — DA COSTA. Un cas de phlébite et de périostite, suite de typhoïde. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 21 déc.) — VALVASSORI-PERONI. Ulcérations typhiques diffuses de l'estomac et de l'œsophage. (*Gaz. d. Osped.*, 107.) — LANNOIS. Pyléphlébite et abcès du foie consécutifs à la fièvre typhoïde. (*Rev. de méd.*, nov.) — GREEN et GALLOWAY. Deux cas de fièvre typhoïde avec hématémése. (*Lancet*, 14 déc.) — CREAGH. Hémoptysie dans la fièvre typhoïde, mort. (*Ibid.*, 30 nov.) — DE GRANDMAISON. Les suppurations dans la fièvre typhoïde. (*Méd. moderne*, 16 nov.) — HENROT. Diagnostic et pronostic de la dothiénentérie avec lésions prédominantes sur le gros intestin. (*Thèse de Lyon.*) — VIGGIN. Perforation dans la fièvre typhoïde, traitement chirurgical. (*Indian Lancet*, 1er nov.) — DE QUERVAIN. Gangrène des membres dans la fièvre typhoïde. (*Cent. Bl. f. inn. Med.*, 17 août.) — GOINARD. La fièvre et les troubles nerveux dans le typhus exanthématique. (*Thèse de Lyon.*) — BAUDRY. Des paralysies dans la fièvre typhoïde. (*Thèse de Paris.*) — RABL. Traitement de la fièvre typhoïde à la campagne. (*Münch. med. Woch.*, 47.) — WILSON. Traitement de la fièvre typhoïde par le bain froid, 71 cas. (*Med. News*, 30 nov.) — MUIR. Les bains froids dans la fièvre typhoïde. (*Montreal med. j.*, sept.) — KŒNIG. Le gaïacol dans le traitement de la typhoïde infantile. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 5 oct.) — WILCOX. La chlorine dans le traitement de la fièvre typhoïde. (*Americ. j. of med. sc.*, sept.) — HESSE. Action de l'apolysine sur le bacille typhique. (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 19.)

Typhus. — MATIGNON. Complications du typhus observé à Pékin. (*Soc. méd. des hôp.*, 18 octobre.) — W. PIETRUSKY. Le typhus en Silésie. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, oct.)

U

Ulcère. — RUPP. Des escharres de lit, étiologie, pathologie, traitement. (*N.-York med. j.*, 21 déc.) — VEIS. Du mal perforant. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*,

VIII, 1 et 2.) — Langes. Nouveaux cas d'ulcère de jambes guéris par l'onguent à l'oxyde rouge de mercure. (*Münch. med. Woch.*, 45.) — Cole. Traitement des ulcères de jambe. (*Amer. med. Bull.*, 15 oct.) — Riolacci. Traitement des ulcères variqueux par l'excision de la saphène interne, 2 obs. (*Loire méd.*, 15 mai.) — Rosenthal. Traitement des ulcères variqueux par les bandages fenêtrés en gélatine zinguée. (*Berl. klin. Woch.*, 17 juin.)

Urée, émie. — A. Marro. Sur l'élimination de l'urée et des autres principes de l'urine en rapport avec la puberté chez la femme et chez l'homme. (*Giorn. Acad. di med. Torino*, novemb.) — Kovarski. Sur l'urée dans les muscles des mammifères et des poissons. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — Nencki. Présence d'urée dans les muscles. (*Arch. f. exp. Path.*, XXXVI, 5 et 6.) — Nencki, Parlow et Zaleski. Sur la richesse du sang et des organes en ammoniaque et sur la formation de l'urée chez les mammifères. (*Arch. sc. biol. St-Pétersbourg*, IV, 2.) — Peyrou. Influence de l'ozone sur la production de l'urée. (*Ann. policlin. Paris*, mai.) Von Ziemssen. La pression artérielle dans l'urémie et le phénoméne respiratoire de Cheyne Stokes. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 885, 7 oct.) — Ajelto et Parascandolo. Pathogénie de l'urémie. (*Lo Sperimentale, sez. biol.*, p. 540.) — Morlot. Urémie convulsive avec hémiplégie passagère. (*Bourgogne méd.*, déc.) — Grenet. De l'aphasie urémique. (*Gaz. des hôp.*, 31 déc.) — Pick. De l'hémianopsie dans l'urémie. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LV, p. 69.)

Urètre. — Gröll. Contractions rythmées des muscles de l'urètre dans le traitement des urétrites blennorragiques. (*Dauphiné méd.*, déc.) — Iljinski. Traitement des urétrites par l'ichtyol et l'onguent mercuriel. (*Vratch*, 4 janv.) — L. Verhoogen. De la dilatation dans le traitement de l'urétrite chronique. (*La policl. Bruxelles*, 1er nov.) — Guiteras. Dix cas d'urétrite antérieure traités par le procédé de l'auteur. (*Ther. Gaz.*, 15 nov. — Feleki. Etiologie des rétrécissements de l'urètre. (*Wiener klin. Rundschan*, 34.)— P. Hamonic. Contagiosité latente de certains rétrécissement de l'urètre. (*Rev. d'Andr.*, 13 nov.) — Guibé. Rétrécissement congénital de l'urètre. (*Soc. anatom. Paris*, 22 nov.) — Gouley. Note sur la rétention d'urine par rétrécissement de l'urètre. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 21 déc.) — Kleinwaechter. Le rétrécissement de l'urètre chez la femme. (*Wiener med. Presse*, 17 nov.) — Pousson. Traitement des rétrécissements de l'urètre par l'électrolyse. (*Arch. clin. Bordeaux*, oct.) — Federer. Traitement des rétrécissements infranchissables de l'urètre. (*Prager med. Woch.*, 19 sept.)— Thorndike. Traitement opératoire des rétrécissements de l'urètre postérieur. (*Boston med. j.*, 17 oct.) — A. Guépin. De la surdilatation de l'urètre. (*Ann. de méd.*, 5 déc.) — Dunn. Fracture du bassin avec rupture de l'urètre. (*Guy's hosp. Rep.*, LI, p. 1.) — Ashburn. Calcul urétral de volume considérable. (*Med. News*, 23 nov.) — Kornfeld. Un cas d'épispadias du gland et du pénis. (*Wiener med. Woch.*, 14 déc.) — Olshausen. De l'urétroplastie chez la femme. (*Berlin. klin. Woch.*, 773, 2 sept.) Czempin. (Même sujet.) (*Ibid.*) — Pousson. Urétroplastie. (*Journ. méd. Bordeaux*, 8 déc.) — Loumeau. Urétroplastie pour fistule pénienne. (*Gaz. des hôp.*, 12 nov.)

Urinaires (voies) — Guyon. Séméiologie de la douleur. (*Bull. méd.*, 17 nov.) —Rosenfeld. De l'acétonurie et de son traitement. (*Cent. f. inn. med.*, 51.) Albarran. Une nouvelle variété d'incontinence d'urine. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, déc.) — Mendelsohn. De l'incontinence d'urine et de son traitement. (*Berl. klin. Woch.*, 25 nov.) — Stumpf. Un moyen simple de faire cesser l'incontinence d'urine, élévation du bassin. (*Münch. med. Woch.*, 24.) —

Lamarque. De l'emploi du formol dans la thérapeutique des voies urinaires. (*Cong. Ass. franç. Bordeaux.*) — Bouffard. Du formol dans la thérapeutique des organes génito-urinaires. (*Thèse de Bordeaux.*) — Humphry. Les calculs urinaires, formation, structure. (*Lancet*, 30 nov.) — Morer. Des fistules urinaires ombilicales dépendant de l'ouraque à propos d'un cas de persistance d'un ouraque perméable chez l'adulte. (*N. Montpellier méd.*, 9 nov.)

Urine. — Schoendorff. De la répartition des déchets urinaires dans l'organisme. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXII, 6 et 7.) — Alonzo. Sur les variations de température produites par les injections intravasculaires d'urine. (*Morgagni*, déc.) — Weintraud. Formation de l'acide urique chez l'homme. (*Arch. für Phys.*, p. 382.) — Modinos. Influence de quelques médicaments sur la toxicité de l'urine. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXXIV, 2.)—Umber. Influence de l'alimentation à base de nucléine sur la formation de l'acide urique. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXIX, 1 et 2.) — Weintraud. Influence de la nucléine sur la nutrition et l'excrétion d'acide urique. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 mai.) — Schoendorff. Estimation de l'acide urique dans l'organisme. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXII, 1.) — Smare. Conditions de solubilité de l'acide urique dans l'urine. (*Cent. f. Phys.*, IX, p. 385.)— Moerner. Les substances protéiques et albuminoïdes de l'urine normale. (*Skand. Arch. f. Phys.*, VI, 4.)— Lafon Des chlorures dans les urines, (*Rev. clin. d'androl.*, 13 nov.) — Garrod et Hopkins. L'apparition de grandes quantités d'hématoporphyrine dans l'urine des malades prenant du sulfonal. (*J. of path. and bact.*, III, 4.) — Dunlop. L'excrétion d'acide oxalique dans l'urine; de l'oxalurie. (*Ibid.*, III, 4.) — Jolles. De la présence et de la recherche de l'urobiline dans l'urine normale et pathologique. (*Cent. f. inn. Med.*, 48.)— Richter. Présence de l'acide azotique dans l'urine fraîche. (*Fortsch. der Med.*, XIII, p. 478.) Jolles. Recherches de l'urobiline dans l'urine. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXI, 11.) — Lohnstein. Dosage du sucre dans l'urine. (*Ibid.*, LXII, 1.) — Mohr. Dosage du soufre dans l'urine. (*Zeit. f. Phys. Chemie*, XX, 6.) — Daiber. Du dosage simultané de la globuline et de l'albumine dans l'urine (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er juill.) —Jolles. Une méthode rapide pour déceler qualitativement et quantitativement la présence du mercure dans l'urine. (*Wiener med. Presse*, 27 oct.) — Betz. De l'anthracose de l'urine. (*Memorabilien*, XXXIX, 6.) — Beck. Formation de l'urobiline. (*Wiener klin. Woch.*, 29 août.) — Buscalioni. Recherches sur les cristaux d'oxalate de calcium. (*Giorn. Accad. med. Torino*, oct.) — Bremer (L.) La signification et l'importance de la présence de cylindres dans l'urine. (*Journ. Amer. med. Ass.*, 5 oct.) — Reinecke. Présence de leucocyte dans l'urine, valeur diagnostique. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 déc.) — Goldberg. Etude de la pyurie et de l'hématurie. (*Ibid.*) — Lighty. L'urine dans la néphrite. (*Med. News*, 9 nov.)

Urticaire. — Joseph. Urticaire pigmentée. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 751, 26 avril.) — Morrow. Urticaire pigmentaire. (*Americ. derm. Ass.*, 17 sep. et *Journ. of cut. dis.*, nov.) — Parazols. De l'urticaire produite par les chenilles processionnaires du pin maritime. (*Thèse de Bordeaux.*) — Schütz. Communication sur une forme fréquente d'urticaire chronique récidivante. (*Münch. med. Woch.*, 34, p. 798.)

Uterus. — Doria. La question des protozoaires de l'endométrite. (*Berlin. klin. Woch.*. 18 nov.) —Boije. Etiologie et nature des endométrites. (*Finska. läkar. handlingar*, XXXVII, 11.) — Gottschalk. Modification de la muqueuse utérine dans la dysménorrée membraneuse. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 mars.) —Olivier. De la constipation chez les utérines avec colite muco-

membraneuse. (*Ann. policlin. Paris*, juin.) — Chéron. De l'importance du traitement des ptoses viscérales chez les malades atteintes d'affections utérines. (*Cong. gynéc. Bordeaux*, août.) — Reverdin et Buscarlet. Tuberculose utérine secondaire ayant envahi le museau de tanche. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XV, n° 8.) — Flint. Observations sur les contractions pelviennes. (*Med. Record*, 26 oct.) — Johnson. L'atrésie du canal utérin après la ménopause; relation de trois cas. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 7 décemb.) — Pinard. De la puériculture intra-utérine. (*Bull. Acad. méd.*, 26 nov.) — Scheunemann. Du signe de Kuester. (*Cent. f. Gynaek.*, 21 déc.) — Touvenaint. Préparation des tiges de laminaire pour la dilatation. (*Rev. int. de méd.*, nov.) — Kahn. Sur la salpingite. (*Med. Record*, 5 oct.) — Hassenstein. De la douglassite essentielle. (*Thèse de Lyon.* — Aubrée. De l'avenir génital de la femme après ablation unilatérale des annexes de l'utérus. (*Thése de Bordeaux.*) — Blanc. Hématométrie unilatérale dans un utérus bipartitus. (*Loire méd.*, 15 janv.) — Breffeil. De la céliotomie vaginale postérieure appliquée à l'ablation unilatérale des annexes. (*Thèse de Bordeaux.*) — Saenger. Déchirure du rectum dans l'opération de pyosalpinx et son traitement. (*Cent. f. Gyn.*, 23 nov.) — Reynier. De l'intervention dans l'hématocèle péri-utérine. (*Ann. de Gyn.*, déc.) — Lejars. Un fait d'hématocèle sous-péritonéo-pelvienne traitée par l'incision ischio-rectale et la décortication de la poche. (*Ibid.*) — Landau. 109 cas d'opération radicale par le vagin, pour affections chroniques des trompes utérines. (*Berlin. klin. Woch.*, 23 sept.) — Bovee. Traitement des suppurations pelviennes par la laparotomie. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 2 nov.) — Daireaux. De l'intervention sacrée dans le traitement des collections purulentes du petit bassin. (*Thèse de Lyon.*) — Montgomery. La voie vaginale dans le traitement des suppurations pelviennes. (*Amer. j. of obst.* déc.) — Werder. Avantages et indications de l'hystéro-salpingo-oophorectomie vaginale dans les suppurations pelviennes. (*Ibid.*, déc.) — Buschbeck et Ettinger. Du traitement chirurgical des exsudats para et perimétriques. (*Arch. f. Gyn.*, L. 2.) — Brauwer. De l'opération de Péan pour l'évacuation des abcès pelviens. (*Thèse de Lyon.*) — Queisner. Rupture de l'utérus; guérison. (*Cent. f. Gynaek.*, 21 déc.) — Richelot. Derniers résultats de l'hystérectomie vaginale. (*Ann. de Gyn.*, déc.) — Tuttle. Résumé sur les indications de l'hystérectomie. (*Boston med. journ.*, 5 déc.) — Cumston. Quelques points de l'hystérectomie vaginale. (*Med. news*, 28 déc.) — Stolypinski (W.-A.) Sur l'hystérectomie par la voie vaginale et par laparotomie, etc. (*Vratch*, 9 nov.) — Runge. Traitement du moignon dans l'amputation sus-vaginale de l'utérus. (*Cent. f. Gyn.*, 7 déc.) — Pazzi. De l'inversion aiguë de l'utérus puerpéral. (*Morgagni*, nov.) — Davis et Packard. Un cas d'inversion de l'utérus datant de 5 jours, réduite avec succès. (*Med. Record*, 26 oct.) — Fontagny. Un cas d'inversion utérine. (*Bourgogne méd.*, déc.) — Schultze. Pathologie et traitement de la rétroflexion utérine. (*Mon. f. Geb.*, III, 1. — Shober. Opérations pour les déplacements de l'utérus en arrière. (*Americ. j. of obst.*, déc.) — Theilhaber. Traitement de la rétroflexion de l'utérus. (*Münch. med. Woch.*, 48.) — Wiggin. Traitement des déplacements de l'utérus en arrière par la vagino-fixation. (*New England med. Monthly*, oct.) — Tournier. De l'hystéropexie dans le traitement du prolapsus et de la rétroflexion de l'utérus. (*Journ. des Praticiens*, 19 oct.) — Kelly. Traitement opératoire de la rétroflexion. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 21 déc.) — Stocker. De l'opération d'Alexander. (*Corr. Bl. f. schw Aerzte*, 15 déc.) — Nitot. Sur un nouveau point de repère de visu destiné à faciliter la recherche des ligaments ronds dans l'opération d'Alexander. (*Journ. de méd. Paris*, 8 déc.) — Niebergall. Des opérations de prolapsus à la clinique de Bâle de 1887 à 1894. (*Arch. f. Gyn.*, L, 1,) — Karczewski.

Cas de prolapsus total de l'utérus chez une jeune fille de 15 ans. (*Kronikalek.* 3 mars.)—Kholmogorow. Sur le prolapsus de l'utérus et du vagin chez une nullipare. (*Vratch*, 7 déc.) — Fehling. Les nouvelles opérations pour prolapsus vagino-utérins graves. (*Berlin. klin. Woch.*, 30 sept.) — Mackenrodt. Etudes critiques sur la vagino-fixation et la colpocéliotomie dans leurs rapports avec la grossesse. (*Monats. f. Geburt*, II, 5.) — Westphalen. Vesico-fixation et ventro-fixation de l'utérus. (*Ibid.*, juillet.) — Merkel. Des méthodes opératoires, dans la ventro-fixation de l'utérus. (*Münch. med. Woch.*, 33, p. 772.) — Merkel. De la vagino-fixation de l'utérus. (*Ibid.*, 35, p. 817.) — Jeannin. De l'hystéropexie abdominale. (*Thèse de Lyon.*) — Keller. Hystéropexie vaginale avec ouverture du péritoine. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 795, 9 sept.) — Ganeau. Hystéropexie, thrombose de la veine iliaque gauche; pneumonie; mort; autopsie. (*Boston med. journ.*, 19 déc.) — Mackenrodt. Hystérectomie pour douleurs consécutives à l'hystéropexie. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 885, 7 oct.) — Villar. Eschare sacrée à la suite d'une hystérectomie abdominale. (*Journ. méd. Bordeaux*, 20 oct.) — Damas. Sur les complications infectieuses des fibromes utérins. (*Thèse de Lyon.*)— Voigt. Formation de glandes dans les myomes. (*Mon. f. Geburts.*, III, 1.)— Borissoff. Modification de la muqueuse utérine dans les cas de fibromes avec hémorragies. (*Ibid.*, II, 5.) — Villar. Fibrome utérin. (*Journ. méd. Bordeaux*, 17 nov.) — Puech. Des fibromes de l'utérus pendant le travail de l'accouchement. (*N. Montpellier méd.* (suppl.), juill. et sept.) — Kappeler. Coexistence d'ascite et de fibrome utérin pédiculé adhérent à la paroi abdominale chez une femme de 65 ans. Opération; guérison. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 juill.) — J. Rendu. Kyste de ligament large pris pour un fibrome, laparotomie. (*Lyon méd.*, 29 déc.)— Guérin et Bernard. Asystolie, lithiase biliaire; fibrome utérin et hydrosalpinx. (*Journ. méd. Bordeaux*, 31 nov.) — Havas. Cas d'expulsion spontanée d'un myome utérin. (*Wiener med. Presse*, 10 nov.) — Graefe. De l'énucléation vaginale des myomes utérins sous-muqueux. (*Münch. med. Woch.*, 23, p. 529.) — Veit. Ablation des fibromes utérins par le vagin, sans ouverture du péritoine. par excision cervico-utérine. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 juin.) — Fraisse. Le traitement chirurgical des fibromes utérins. (*Arch. de tocol.*, nov.) — Vautrin. Extirpation des fibromes du ligament large. (*Gaz. des hôp.*, 28 nov.) Stocker. Du pédicule extra-péritonéal dans les myomotomies. (*Cent. f. Gyn.*, 7 déc.) — Cameron. Fibromes de l'utérus, grossesse au 5e mois, ablation de l'utérus et des fibromes. (*Brit. med. j.*, 7 déc.) — Richardson. Fibrome utérin; calcul vésical; hystérectomie abdominale; litholapaxie; guérison. (*Boston med. journ.*, 19 déc.) — Moulonguet. Hystérectomie vagino-abdominale totale pour grosses tumeurs utérines. (*Arch. prov. de chir.*, IV, 11.) —Péan. Sur les fibromes utérins, 368 cas, 11 morts. (*Gaz. des hôp.*, 12 nov.) Fenomenow (N.-N.) Sur l'extirpation totale de l'utérus dans les myomes. (*Vratch*, 19 oct.) — Defontaine. Hystérectomie abdominale totale pour fibromes, 5 cas. (*Arch. prov. de chir.*, V, 1.) — Gottschalk. Hystérectomie vaginale avec morcellement et ligatures pour fibromes volumineux. (*Berl. klin. Woch.*, p. 795, 9 sept.) — Segond. Des plus gros fibromes justiciables de l'hystérectomie abdominale. (*Ann. de Gyn.*, nov.) — Le Bec. Hystérectomie abdominale totale par ligatures. — Vautrin. De l'extirpation des ligaments larges. (*Ibid.*) — Rapin. Kyste séreux du ligament large. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XV, 11.) — Fabricius. Des kystes de la trompe de l'utérus et des annexes. (*Arch. f. Gynaek.*, L, 3.) — Apfelstedt et Aschoff. Des tumeurs bénignes des villosités choriales. (*Arch. f. Gyn.*, L, 3.) — Jouon et Vignard. Sarcome diffus de la muqueuse utérine, oblitération de l'orifice externe du col; transformation de la cavité utérine en un kyste sanguin, hystérectomie totale, guérison datant de 3 ans. (*Arch. prov.*

de chir., IV, 12.) — WEIT, WINTER. Anatomie du cancer utérin. (*Berlin. klin. Woch.*, 8 juill.) — BOUDIN. Epithelioma du col utérin chez une femme de 23 ans. Bibliographie des cas de ce genre. (*Lyon méd.*, 8 déc.) — RUGE Du déciduome malin et du sarcome des villosités choriales. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 885, 7 oct.) — NOBLE. 166 cas de cancer de l'utérus gravide depuis 1886. (*Med. New.*, 14 déc., p. 657.) — ABEL. 3 cas d'ablation du carcinome utérin, hystérectomie. (*Soc. méd. Berlin*, 6 nov.) — FEHLING. Ablation totale de l'utérus pour cancer chez une femme enceinte de 7 mois. (*Mon. f. Geburt.*, II, 5.)

V

Vaccin. — OGATA (M.) Sporozoaires de la lymphe vaccinale. (*Mittheil. der med. Fakul. der k. Japanisch. Univ. Tokio III.*) — LANDMANN. Germes du vaccin animal. (*Hyg. Rundsch.*, V, 975.) — MARTIN. Recherches sur le vaccin. (*Trans. of the Americ. Ass. of phys.*, IX.) — CZOKOR (J.) Du choix des animaux producteurs de vaccin. (*Hyg. Rundsch.*, V, n° 8, p. 388.) — A. BÉCLÈRE. Etudes sur le pouvoir immunisant du sérum de génisse vaccinée. (*Bull. méd.*, 18 déc.) — CHAUMIER. De l'influence de l'antisepsie sur la virulence du vaccin de génisse. (*Cong. Ass. franç. Bordeaux.*) — PFEIFFER. Culture de la vaccine dans l'épithélium cornéen des lapins, cobayes et veaux. (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 25.) — BOUDARD. Histoire de la vaccine, de la variole et de la sérothérapie. (In-8°, 33 p., *Marseille.*) — STUMPF. Résultats de la vaccination dans le royaume de Bavière en 1894. (*Münch. med. Woch.*, 46, 47 et 48.) — WILKE. La vaccination en Russie. (*Hyg. Rundsch.*, 15 déc.) — ABBOT. L'immunité. (*Boston med. journ.*, 19 déc.) — BABES. Sur la transmission des propriétés immunisantes par le sang des animaux immunisés. (*Arch. des sc. méd.*, I, 1.) — DENYS et LACLEF. Sur le mécanisme de l'immunité chez le lapin vacciné contre le streptocoque pyogène. (*La Cellule*, XI, 1.)

Vagin. — GOTTHSCHALK et IMMERWAHR. Des bactéries du conduit génital et de leurs rapports avec l'endométrite. (*Arch. f. Gynaek.*, L, 3.) — HAMILL. Atrésie acquise du vagin. (*Americ. j. of obst.*, déc.) — HIRST. Même sujet. (*Ibid.*) — CHAPMAN. Deux cas de cloisonnement du vagin. (*Boston med., journ.*, 19 déc.) — BERRUT. Procidence du vagin ou colpocèle. (*Ann. de gyn.*, déc.) — STANISZEWKI. Un cas de rétrécissement congénital du vagin. (*Kron. lekarska*, mars.) — ZWEIGBAUM. Des kystes du vagin. (*Mon. f. Geburts.* III, 1.) — MÜNZ. Le sarcome primitif du vagin chez les enfants et les femmes. (In-8°, 30 p., *Berlin.*) — MADLENER. De la colpotomie antérieure. (*Münch. med. Woch.*, 45.)

Variole. — BAY. Recherches sur l'étiologie de la variole. (*Amer. Naturalist*, p. 699.) — WASSERMANN. De la variole. (*Charité Annalen*, XX.) — LE DANTEC. Etude bactériologique de la variole. (*Arch. de méd. nav.*, déc.) — QUIRSFELD. L'épidémie de variole de Warnsdorf (Bohême) de 1892 à 1894. *Hyg. Rundsch*, V, 12.) — WASSERMANN. Sur deux cas de variole vraie. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 769, 2 sept.) — FINSEN. Le traitement de la variole par les rayons rouges. (*Brit. med. j.*, 7 déc.)

Veine. — BRACHET. Traitement des plaies latérales des grosses veines. (*Thèse

de Bordeaux). — VILLAR (F.) et BRACHET. Suture des veines. (*Journ. méd. Bordeaux*, 22 déc.) — VILLAR et MONGOUR. Dilatation sacciforme de la veine saphène interne ; résection veineuse. (*Ibid.*, 8 déc.) — FORGUE. Traitement des varices. (*N. Montpellier méd.*, 2 nov.) — STUDSGAARD. Traitement des varices des extrémités. (*Hosp. Tidende*, R. 4, III, p. 821.)

Vertige. — MENDEL. Du vertige. (*Berl. klin. Woch.*, 1er juil.)

Vessie. — ROMARY. Rapports de la région antérieure de la vessie avec le péritoine aux différents âges. (*Thèse de Lyon.*) — Von STUBENRAUCH. De la résistance et de l'élasticité de la vessie, remarques sur les déchirures traumatiques isolées de la vessie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LI, 2.) — MISIEWICZ. Etat actuel de la science sur le catarrhe de la vessie. (*Kronik. lek.*, 15 août.) — KORNFELD. Sur une complication de la cystite. (*Wiener med. Woch.*, 14 déc.) — LEGUEU. Du drainage périnéal de la vessie dans les cystites rebelles. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, déc.) — CUMSTON. Symptômes et diagnostic de la tuberculose vésicale. (*Medicine*, déc.) — VIGNÉ. De la taille périnéale dans la cystite tuberculeuse, importance des larges incisions prostatiques. (*Thèse de Lyon.*) — CURTIS. Plaies de la vessie dans les opérations de hernie. (*Ann. of surg.*, juin.) — MAUNZ. Un cas de hernie inguinale de la vessie. (*Münch. med. Woch.*, 32, p. 748.) — LENZ. Des ruptures intra-péritonéales de la vessie. (*Cent. f. Chir.*, 30 nov.) — ELIOT. Taille sus-pubienne pour les hémorragies dans la vessie. (*N. York med. j.*, 9 nov.) — GUETERBOCK. Nouveau cystoscope. (*Berl. klin. Woch.*, 22 juil.) — PONCET. Méat hypogastrique et méat périnéal. (*Semaine méd.*, 27 nov.) — ROCHEFORT. Ponction vésicale. Canule du trocart laissée à demeure dans un cas d'hypertrophie prostatique avec rétention urinaire. (*Rev. clin. d'andr.*, 13 oct.) — CADIOT. Des dangers de la ponction hypogastrique de la vessie. (*Thèse de Lyon.*) — REID. Calcul vésical pesant une livre. (*Brit. med. j.*, 21 déc.) — DANDOIS. Calcul de la vessie enkysté. (*Ann. soc. belge de chir.*, 15 juil.) — TIXIER. Calcul vésical, taille sus-pubienne. (*Lyon méd.*, 15 déc.) — LOUMEAU. Volumineux calcul vésical chez une femme, avec prolapsus utérin et cystocèle vaginale, dilatation urétrale, broiement. (*Journ. méd. Bordeaux*, 24 fév.) — MICHELEAU. Calcul vésical enchatonné. (*Ibid.*, 15 déc.) — ROSENFELD. Gros calcul vésical dans la grossesse, taille sus-pubienne. (*Münch. med. Woch.*, 39, p. 906.) — HAMONIC. Hypertrophie de la prostate chez un calculeux, lithotritie, puis cystostomie sus-pubienne, guérison. (*Rev. clin. d'androl.*, 13 oct.) — SOUTHAM. Traitement des calculs vésicaux enkystés. (*Brit. med. j.*, 14 déc.) — TAILHEFER. Etude de 40 tailles hypogastriques. (*Arch. prov. de chir.*, V, 2.) — FAURE. De la cystostomie sus-pubienne d'urgence et de ses indications. (*Thèse de Lyon.*) — BERNABEO. Opération de la pierre par la taille sus-pubienne. (*Riforma med.*, 13 nov.) — BIASUCCI. Du syphon hypogastrique dans la taille sus-pubienne. (*Ibid.*, 16 déc.) — AUDRY. Fibro-sarcome calcifié de la vessie, extirpation, guérison. (*Gaz. hebd.*, *Paris*, 14 déc.) — TARGETT. Classification des sarcomes de la vessie. (*London path. Soc.*, 19 nov.) — NITZE. Des opérations intra-vésicales de tumeurs de la vessie. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 oct.) — POUSSON. Sur la valeur de l'intervention chirurgicale dans les néoplasmes de la vessie. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, nov.)

Viande. — OSTERTAG. Traité d'inspection des viandes. (*Stuttgart.*) — FISCHOEDER. Organisation de l'inspection de la viande. (*Zeitsch. f. Fleisch. und Milk hyg.*, V.) — KABIK. Viande de bœufs ladres. (*Ibid.*) — BUCHER. Glacières naturelles pour la conservation des viandes. (*Ibid.*) — WACKER. Procédé de conservation de la viande. (*Chem. Zeit.*, XIX.) — STÜTZOR.

Analyse des éléments azotés des extraits de viande et peptones de commerce. (*Zeitschr. f. anal. Chem.*, XXXIV.) — Arnould. Viandes salées et viandes fumées. (*Rev. d'hyg.*, XVII, 11.)

Vitiligo. — Chatelin. Simple observation de vitiligo des extrémités supérieures. (*Bull. méd. Nord*, 9 nov.) — Michel. Vitiligo à plaques symétriques. (*Loire méd.*, 15 sept.)

Vomissement. — Bar et Bienfait. Deux cas de vomissements graves de la grossesse, traités par la galvanisation du pneumogastrique. (*Journ. méd., Paris*, 16 nov.) — Apostoli. Sur le traitement électrique des vomissements. (*Bull. soc. franc. d'élect.*, avril.) — Bonnefin. Idem. (*Ibid.*, juin.)

X-Z

Xanthome. - Johnston. Du xanthome des diabétiques, sa place en dermatologie. (*Journ. of cut. dis.*, oct.) — Herzfeld. Xanthomes multiples de la peau, de la langue, de la gorge et de l'oreille. (*Berlin. klin. Woch.*, 14 oct.)

Xeroderma. — Lukasiewicz. Du xeroderma pigmentosum, (*Arch. f. Derm.*, XXXIII, 1 et 2.)

Zona. — Molinié. Des vésicules aberrantes dans le zona. (*Thèse de Paris.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie **Masson et Cie**, boulevard Saint-Germain, 120.

Traité d'hygiene militaire, par A. Laveran, médecin principal de première classe, directeur du service de santé du 11e corps d'armée. (Un volume grand in-8° de xiv-895 pages, avec 270 figures.) — Prix : 16 francs.

Traitement de la syphilis, par Charles Mauriac, médecin de l'hôpital Ricord (hôpital du Midi). (Un volume grand in-8°.) — Prix : 15 francs.

Traitement rationnel de la phtisie, par le Dr Ch. Sabourin, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Académie des sciences et de la Faculté de Paris, directeur de la station climatérique de Vernet-les-Bains. (Un volume in-16, relié peau pleine.) — Prix : 4 francs.

Précis de thérapeutique ophtalmologique, par les Drs Landolt et Gygax. (Un volume in-8°, cartonné.) — Prix : 3 francs.

Traité de chirurgie cérébrale, par A. Broca, chirurgien des hôpitaux de Paris, professeur agrégé à la Faculté de médecine, et P. Maubrac, ancien prosecteur à la Faculté de médecine de Bordeaux. (Un volume in-8° avec 72 figures dans le texte.) — Prix : 12 francs.

Leçons de clinique médicale (*Hôtel-Dieu*, 1894-1895), par le Dr Pierre Marie, professeur agrégé à la Faculté de médecine. (Un volume in-8° avec 57 figures.) — Prix : 6 francs.

Librairie **Baillière** et fils, rue Hautefeuille, 19, Paris.

Kinésithérapie gynécologique. Effets dynamogéniques cardio-vasculaires du massage abdominal; recherches cliniques et expérimentales, par le Dr T. Romano.

Indications et rôle du bain froid dans le traitement de l'infection puerpérale, par le Dr J. Desternes.

Librairie **Rueff et Cie**, boulevard Saint-Germain, 106.

Traité de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de Albert Robin, de l'Académie de médecine.

L'ouvrage sera publié en 14 fascicules environ consacrés chacun à un des grands chapitres de la pathologie. (Chaque fascicule in-8° raisin, de 350 p. environ.) — Prix : 6 francs.

Cahier de feuilles d'autopsie pour l'étude des lésions du névraxe, par le Dr Déjerine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Salpêtrière. (In-4°, de 30 pages.) — Prix : 2 francs.

Librairie **Félix Alcan**, 108, boulevard Saint-Germain, Paris.

Résultats de l'examen de dix mille observations de hernies, par Paul Berger, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, membre de l'Académie de médecine. (Un volume grand in-8°.) — Prix : 4 francs.

Librairie **L. Battaille et Cie**, place de l'École-de-Médecine, 23.

Principes d'hygiène militaire, par le Dr Ch. Viry, médecin principal de 1re classe, directeur du Service de santé du 2e corps d'armée. (Un volume in-8° carré, avec 78 figures dans le texte.) — Prix : 12 francs.

Librairie **Berthier**, boulevard Saint-Germain.

Précis d'électricité médicale, par le Dr Foveau de Courmelles et Charles Chardin, ingénieur-électricien. (Un volume in-16, de 448 pages et 208 gravures, reliure souple.) — Prix : francs.

Librairie **Maloine**, place et rue de l'École-de-Médecine, 21-23-25, et boulevard Saint-Germain, 91, Paris.

Essais de neurologie clinique, neurasthénie de Beard et états neurasthéniques. Les procédés neurothérapiques en France et à l'étranger, par le Dr Fernand Levillain. (Un volume in-18.) — Prix : 4 francs.

Formulaire clinique; formules pratiques recueillies à la Polyclinique de Vienne (Autriche), par le Dr S. Bernheim. Traduit sur la 15e édition et augmenté de travaux originaux. (Un volume in-32, cartonné.) — Prix : 4 francs.

Le sanatorium des tuberculeux, par le Dr S. Bernheim. (Une brochure.) — Prix : 1 franc.

Librairie **Rivington**, **Percival** and **Co**, Londres.

Clinical illustrations of the diseases of the fallopian tubes and of tubal gestation a series of drawings with descriptive text and histories of the cases, by Charles J. Cullingworth.

Librairie **Lewis**, Londres.

On the relation of diseases of the spinal cord to the distribution and lesions of the spinal blood vessels, par R. T. Williamson.

Librairie **Alex. Macdougall**, Glasgow.

A history of the chronic degenerative diseases of the central nervous system, by Thomas Kirkpatrick Monro.

Librairie **Fischer**, Iéna.

Mittheilungen ans den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie. Erste Band. Erste Heft.

Librairie **Vallardi**, Milan.

La febbre tifoide negli spedali di Bologna dal 1862 *el* 1892, *resultati statistici e elimici*, pel Dott. Luigi Silvagni.

LA GOUTTE ET SON TRAITEMENT

PAR

le Dr **TURNBERG**

La période d'humidité que nous traversons est favorable à l'évolution de certaines maladies et plus particulièrement à celles qui dérivent du tempérament arthritique. Les goutteux, les graveleux ont à craindre des accidents aigus ou la recrudescence d'accidents chroniques.

Dès l'antiquité, les podagres ont cherché remède à leurs horribles souffrances et ont mis en usage les moyens les plus variés, les plus étranges aussi, rien ne les guidant rationnellement dans leurs recherches.

Pour voir appliquer à cette maladie un traitement scientifique, il faut arriver jusqu'à Sydenham, qui fit de la goutte une maladie générale, caractérisée par une série d'accidents, affectant tantôt les articulations, tantôt les viscères. Mais la cause même du mal resta inconnue jusqu'au jour où la chimie biologique donna la raison des phénomènes pathologiques. Elle établit que la goutte et la gravelle sont caractérisées par un même état discrasique du sang par suite de la formation dans l'économie d'acide urique en excès et de sa fixation dans les tissus.

Diverses théories ont été données tendant à expliquer cette fixation. Sans vouloir nous décider pour l'une ou pour l'autre, disons que l'*uricémie est produite par une altération de fonction dont le résultat est une surproduction d'acide urique, sa stase dans le sang et sa fixation dans les tissus, dans ceux surtout qui sont mal irrigués.*

La cause de cette fixation, c'est l'insolubilité de cet acide dans les liquides organiques.

L'acide urique est le premier degré d'oxydation des matières albuminoïdes qu'un degré supérieur transforme en urates solubles et en urée, plus soluble encore, qui, normalement et facilement, s'éliminent par les reins.

Le vrai moyen de débarrasser l'économie de l'acide urique est donc de le solubiliser.

Pour le faire, on a eu recours d'abord aux alcalins (sels de soude, de potasse, etc.), puis aux sels solubles de lithine (carbonate et citrate) qui, entre les mains de Garrod, ont donné quelques résultats. Mais, à cause de leur peu de solubilité, ces sels ne sont absorbés qu'après avoir été dissous par le suc gastrique. Or, on sait combien il doit être respecté chez les goutteux qui, presque tous, sont dyspeptiques.

De tous les corps que la chimie met, si libéralement, au service de la thérapeutique, il en est un qui remplit parfaitement les indications nécessaires, c'est la *Pipérazine*. Ce corps basique, très soluble dans les humeurs de l'organisme, pénètre facilement les tissus et, en s'y combinant

avec l'acide urique y forme un *urate de pipérazine* très soluble, qui s'élimine facilement par les reins.

Des observations nombreuses ont prouvé que : 1° dans le traitement de la gravelle ; 2° dans les accès aigus de goutte ; 3° dans la goutte chronique, les meilleurs résultats sont obtenus, résultats inconnus avant l'emploi de la pipérazine.

Mais il est deux conditions indispensables : il faut que la pipérazine soit pure et que ce corps soit assez étendu d'eau pour que l'absorption par l'estomac en soit facile. L'expérience a établi que le meilleur véhicule est l'eau gazéifiée par l'acide carbonique.

Pour répondre à ces deux indications, M. Midy, pharmacien, a préparé une *Pipérazine effervescente*. C'est une poudre cristalline blanche, facilement soluble dans l'eau qu'elle rend gazeuse. Le goût n'en est pas altéré, et l'estomac, à la dose de 1 et 2 grammes, tolère facilement cette préparation vraiment active.



LE GÉRANT : G. MASSON.

Paris — Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 2.4.96

